

## U7

## Paed.Check® 2.0 (U7)

Unsere vielen Fragen kennen Sie ja jetzt schon –  
und wie immer entscheiden Sie selbst, ob Sie antworten wollen oder nicht.

Name:

Geburtsdatum:

**Gab es seit der U6 bei Ihrem Kind:****Nein** **Ja**

Ernste Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle?

Häufige Infekte?

Gibt es Probleme mit dem Essen?

Probleme mit dem Stuhlgang?

Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten?

Benutzen Sie für Ihr Kind schon Zahnpasta?

Trinkt Ihr Kind fluoridhaltiges Mineralwasser?

Schnarcht Ihr Kind häufig?

Sind Sie zufrieden mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes?

Wird Ihr Kind von anderen gut verstanden?

**Wird Ihr Kind noch ganztags von Ihnen betreut?**

Wenn nein: Wo wird es betreut?

**Gibt es besondere Belastungen in Ihrer Familie?**

Wenn ja: welche?

**Entwicklung:**

Kann Ihr Kind über längere Zeit frei und sicher gehen?

Kann es drei Treppenstufen im Kinderschritt hinuntergehen,  
wenn es sich mit einer Hand festhält?

Kann es zehn Wörter sprechen außer Mama und Papa?

Kann es eine Viertelstunde allein bleiben, wenn Sie in der Nähe sind?

Kann es mit dem Löffel selber essen?

Interessiert es sich für andere Kinder?

**Ab dieser Untersuchung fragen wir mit einem anderen Fragebogen als bisher.  
Aber wie immer entscheiden Sie, was Sie beantworten.**

**Mein Kind ...**

		Stimmt	Stimmt nicht
1.	kann mindestens dreimal pro Woche schlecht einschlafen (liegt mindestens eine Stunde wach)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	wacht mindestens einmal pro Nacht auf und liegt dann mindestens eine Stunde wach	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	schläft nachts mit im Elternbett, obwohl wir das nicht gern sehen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	hat meistens nur wenig Appetit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	ist untergewichtig	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	ist extrem wählerisch beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7.	kann sich schlecht von der Mutter trennen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8.	weint oder schreit bei Trennung von der Mutter lange (mindestens 15 Min.)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9.	hat vor vielen Dingen panische Angst	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10.	ist überaus schreckhaft	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11.	ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12.	ist mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13.	scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14.	hat täglich einen Wutanfall	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15.	ist zu Hause ständig ungehorsam	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16.	zerstört häufig Gegenstände	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17.	hat große Angst vor fremden Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18.	spricht fast jede fremde Person an	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19.	geht schon nach kurzer Zeit mit fremder Person überallhin mit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20.	wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21.	reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22.	ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
23.	ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Ausgefüllt von Mutter  Vater  oder

am

(Datum)