

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 Kinderschlitt 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? ☐ ☐

Diese Seite kann in der Praxis des Kinder- und Jugendarztes bleiben.

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

### Mein Kind ...

Stimmt  
nicht

Stimmt

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