

U7a

Paed.Check® 3.0 (U7a)

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

Name:

Geburtsdatum:

Gab es seit der U7 bei Ihrem Kind:

Nein Ja

Ernste Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle?

☐ ☐

Schwere oder häufige Infekte?

☐ ☐

Probleme mit dem Essen?

☐ ☐

Probleme mit dem Stuhlgang?

☐ ☐

Bekommt es Fluoridtabletten oder fluoridhaltiges Mineralwasser?

☐ ☐

Benutzt Ihr Kind schon Zahnpasta?

☐ ☐

Hört Ihr Kind gut?

☐ ☐

Schnarcht Ihr Kind häufig?

☐ ☐

Sind Sie zufrieden mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes?

☐ ☐

Wird Ihr Kind von anderen gut verstanden?

☐ ☐

Stottert Ihr Kind manchmal?

☐ ☐
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 zwei Treppenstufen im Erwachsenenschritt hinaufgehen,
wenn es sich mit einer Hand festhält?
☐ ☐

Verbindet es drei oder mehr Wörter zu einem Satz?

☐ ☐

Spielt es Situationen nach (Rollenspiele, „Als-ob-Spiele“)?

☐ ☐

Kann es sich über einige Stunden von Ihnen trennen?

☐ ☐

Spielt es mit Gleichaltrigen?

☐ ☐

Bei dieser Untersuchung haben wir noch mal den gleichen Fragebogen wie bei der letzten. Aber wieder entscheiden Sie, was Sie beantworten.

Name:

Geburtsdatum:

Mein Kind ...

Stimmt
nicht

Stimmt

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. kann mindestens dreimal pro Woche schlecht einschlafen (liegt mindestens eine Stunde wach) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. wacht mindestens einmal pro Nacht auf und 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 (blickt ins Leere, reagiert nicht) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ausgefüllt von Mutter ☐ Vater ☐ oder _____ am _____ (Datum)