

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 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)