

Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung



Name _____

Geburtsdatum _____

Ausgefüllt von: Mutter Vater _____

Liebe Eltern,

zur Vorbereitung auf die heutige Vorsorgeuntersuchung bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen, damit wir die Entwicklung Ihres Kindes besser beurteilen können. Sollten sich darüber hinaus Veränderungen in der Betreuungssituation oder besondere Belastungen in Ihrer Familie ergeben, sprechen Sie uns diesbezüglich bitte während der Vorsorgeuntersuchung an. Gerne können wir Sie über entsprechende Hilfeangebote beraten. Danke für Ihre Mitarbeit.

Sind seit der letzten Untersuchung bei Ihrem Kind schwerwiegende, ☐ ja ☐ nein
Erkrankungen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige
Infektionen, Operationen oder sonstige Auffälligkeiten aufgetreten?
Wenn ja, welche:

Zeigen sich bei Ihrem Kind Ernährungsschwierigkeiten?	☐ ja	☐ nein
Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind gut hören kann?	☐ ja	☐ nein
Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?	☐ ja	☐ nein
Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?	☐ ja	☐ nein
Stottert Ihr Kind?	☐ ja	☐ nein
Schnarcht Ihr Kind?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, zeigt es dabei Atempausen (länger als 10-20 Sekunden)?	☐ ja	☐ nein

Kann Ihr Kind (ohne Stützräder) Fahrrad fahren?	☐ ja	☐ nein
Geht Ihr Kind wechselfüßig eine Treppe vorwärts herauf und herunter, d.h. einen Fuß pro Stufe ohne Festhalten?	☐ ja	☐ nein
Zieht es sich alleine an und kann dabei alle Knöpfe selbständig schließen?	☐ ja	☐ nein
Baut Ihr Kind erkennbare Häuser, Autos, Flugzeuge oder ähnliches*? * = _____	☐ ja	☐ nein
Kann Ihr Kind mit Gabel und Messer essen?	☐ ja	☐ nein
Kennt Ihr Kind seine Adresse?	☐ ja	☐ nein
Versteht und benutzt Ihr Kind Zeitbegriffe (z.B. morgens, mittags, abends; heute, morgen)?	☐ ja	☐ nein

Kann es Erlebnisse (z.B. aus dem Kindergarten) berichten oder Vorgelesenes nacherzählen?	☐ ja	☐ nein
Ist die Sprache Ihres Kindes für Personen verständlich, die nicht zur Familie gehören?	☐ ja	☐ nein
Schläft Ihr Kind nachts durch?	☐ ja	☐ nein
Ist Ihr Kind tagsüber trocken?	☐ ja	☐ nein
Trägt Ihr Kind nachts eine Windel?	☐ ja	☐ nein
Erfolgt der Stuhlgang auf der Toilette?	☐ ja	☐ nein
Spielt es mit anderen Kindern Rollenspiele?	☐ ja	☐ nein
Beteiligt sich Ihr Kind an Regelspielen?	☐ ja	☐ nein
Hat Ihr Kind (zeitweilig) einen „besten Freund“?	☐ ja	☐ nein
Beachtet Ihr Kind Ampeln?	☐ ja	☐ nein
Kann Ihr Kind seine Emotionen bei alltäglichen Ereignissen meist ausreichend regulieren?	☐ ja	☐ nein
Trennt sich Ihr Kind ohne Schwierigkeiten über einige Stunden von Ihnen, wenn es in dieser Zeit von einer bekannten Person betreut wird?	☐ ja	☐ nein
Besucht Ihr Kind einen Kindergarten?	☐ ja	☐ nein
Möchte Ihr Kind in die Schule gehen?	☐ ja	☐ nein
Machen Sie sich über irgendetwas Sorgen bezüglich der Entwicklung Ihres Kindes? Wenn ja, bitte stichwortartig notieren!	☐ ja	☐ nein

Platz für Ihre Notizen: