

Gesundheits-Checkheft

linke Seite U1

Ziel- und Schwerpunkte:

- Prä-, peri- und postnatale Risikofaktoren
 - Frühe lebensbedrohliche Komplikationen
-
-

Infomaterial:

Ernährung / Stillen

Plötzlicher Kindstod / Passivrauchen

Hypoglykämie

Allergieprävention

Temperaturerhöhung

Gesundheits-Check bei U1

m	w

2	0		
Geburtsjahr			

Geburtsgewicht	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g
Geburtslänge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm		
KU bei Geburt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm		
Nabelschnurblut-PH	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
APGAR	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ <input type="text"/> <input type="text"/>

Körperliche Untersuchung auffällig	Ja	WDE	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angeborene Erkrankungen	<input type="checkbox"/>		
Vitamin K-Gabe	<input type="checkbox"/>		

Kindliche Faktoren

SSW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sectio	<input type="checkbox"/>		
Forceps / VE	<input type="checkbox"/>		
Mehrlingsschwangerschaft	<input type="checkbox"/>		
Nabelschnur-Umschlingung	<input type="checkbox"/>		
Amnion-Infektionssyndrom	<input type="checkbox"/>		
RH-Inkompatibilität	<input type="checkbox"/>		
Mangelgeburt	<input type="checkbox"/>		
Beatmung	<input type="checkbox"/>		

Mütterliche / Familiäre / Soziale Faktoren

Alter der Mutter:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Zahl der Kinder	<input type="text"/>		
Kinder anderweitig untergebracht (Pflegefamilie o.ä.)	<input type="checkbox"/>	WDE	<input type="checkbox"/>
Alleinerziehung	<input type="checkbox"/>		
Übermäßiger Stress während der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>		
	Ja		
Anzahl der Schwangerschafts-Vorsorge-Untersuchungen vollständig	<input type="checkbox"/>		
Erkrankungen während der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>		
Familiäre Allergiebelastung	<input type="checkbox"/>		

linke Seite U2

Ziel- und Schwerpunkte:

- Angeborene Erkrankungen und Fehlbildungen
 - Frühe lebensbedrohliche Komplikationen
 - Frühe Bindungs- und Regulationsstörungen
-
-

Neugeborenencreening:

Eine Blutabnahme für das Neugeborenencreening ist erfolgt am:

_____ / _____ / _____ um _____ / _____ Uhr
und wurde an das Screeninglabor

_____ in _____ weitergeleitet.

Ein Zweitscreening ist / ist nicht erforderlich.

Bei auffälligem Ergebnis werden die Eltern benachrichtigt.

Unauffällige Ergebnisse sind bei der unten genannten Stelle erfragbar.

Stempel des Einsenders mit Rufnummer: _____

Ernährung / Stillen

Plötzlicher Kindstod / Passivrauchen

Allergieprävention

Verlängerter Ikterus

FB Verhaltensregulation

Suchtberatung (z.B. Rauchen, Passivrauchen, Alkohol, Drogen)

UV-Beratung

Gesundheits-Check bei U2

Nr.:

--	--	--	--	--

Praxisstempel

		2	0		
--	--	---	---	--	--

m w Geburtsjahr

Körpergewicht

--	--	--	--

g

>90.P. <3.P. WDE

Körperlänge

		cm
--	--	----

>97.P. <3.P. WDE

Kopfumfang

		cm
--	--	----

>97.P. <3.P. WDE

Sind die Eltern mit der Entwicklung ihres Kindes zufrieden?

ja	nein
----	------

	Ja	WDE
Angeborene Erkrankungen		
Geburts-traumatische Verletzungen		
Ikterus		
Herzgeräusch		
Katarakt		
Genitale auffällig		
Körperliche Untersuchung auffällig		
Spontane / provozierte Bewegung pathologisch		
Tonus der Muskulatur pathologisch		
Neurologische Auffälligkeiten		
Neugeborenen-screening durchgeführt		
Hörscreening veranlaßt		
Hörscreening durchgeführt		nd
Hörscreening auffällig		
Vitamin K-Gabe		
Vitamin D-Gabe		
Fluorid-Gabe		
Voll gestillt		
Nicht gestillt		

Ärztliche Bemerkungen:

Die Untersuchung ergab ein
altersgemäß entwickeltes
und gesundes Kind

--	--	--	--	--	--	--	--

Datum der Untersuchung

Gesundheits-Check bei U2	(Durchschlagseite) <u>Nr.:</u>																																																																
Praxisstempel																																																																	
<div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 20px; margin-top: 5px;"> m w Geburtsjahr </div>																																																																	
Körpergewicht	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr> </table> g					>90.P. <input type="checkbox"/>	<3.P. <input type="checkbox"/>	WDE <input type="checkbox"/>																																																									
Körperlänge	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr> </table> cm			>97.P. <input type="checkbox"/>	<3.P. <input type="checkbox"/>	WDE <input type="checkbox"/>																																																											
Kopfumfang	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr> </table> cm			>97.P. <input type="checkbox"/>	<3.P. <input type="checkbox"/>	WDE <input type="checkbox"/>																																																											
Sind die Eltern mit der Entwicklung ihres Kindes zufrieden?																																																																	
<div style="display: flex; justify-content: center; gap: 20px;"> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> </div>																																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">WDE</th> <th style="width: 20%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Angeborene Erkrankungen</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td rowspan="18" style="vertical-align: top; padding: 5px;">Ärztliche Bemerkungen:</td></tr> <tr><td>Geburtstraumatische Verletzungen</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ikterus</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Herzgeräusch</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Katarakt</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Genitale auffällig</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Körperliche Untersuchung auffällig</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Spontane / provozierte Bewegung pathologisch</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Tonus der Muskulatur pathologisch</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Neurologische Auffälligkeiten</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Neugeborenencreening durchgeführt</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Hörscreening veranlaßt</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Hörscreening durchgeführt</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;">nd</td></tr> <tr><td>Hörscreening auffällig</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Vitamin K-Gabe</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Vitamin D-Gabe</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Fluorid-Gabe</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Voll gestillt</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Nicht gestillt</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		Ja	WDE		Angeborene Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ärztliche Bemerkungen:	Geburtstraumatische Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ikterus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzgeräusch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katarakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitale auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Körperliche Untersuchung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spontane / provozierte Bewegung pathologisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tonus der Muskulatur pathologisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologische Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neugeborenencreening durchgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörscreening veranlaßt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörscreening durchgeführt	<input type="checkbox"/>	nd	Hörscreening auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vitamin K-Gabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vitamin D-Gabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fluorid-Gabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Voll gestillt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nicht gestillt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fragen an die Eltern:		
	Ja	WDE																																																															
Angeborene Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ärztliche Bemerkungen:																																																														
Geburtstraumatische Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Ikterus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Herzgeräusch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Katarakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Genitale auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Körperliche Untersuchung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Spontane / provozierte Bewegung pathologisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Tonus der Muskulatur pathologisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Neurologische Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Neugeborenencreening durchgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Hörscreening veranlaßt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Hörscreening durchgeführt	<input type="checkbox"/>	nd																																																															
Hörscreening auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Vitamin K-Gabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Vitamin D-Gabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Fluorid-Gabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Voll gestillt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Nicht gestillt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Nationalität der Mutter:																																																																	
<div style="display: flex; justify-content: center; gap: 20px;"> Deutsch <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> </div>																																																																	
Alter der Mutter																																																																	
Alleinerziehung																																																																	
Kinder anderweitig untergebracht																																																																	
Psychische Belastungen i.d. Schwangerschaft (familiär oder beruflich)																																																																	
Angeborene Erkrankungen in der Familie																																																																	
Medikamente während der Schwangerschaft (außer Eisen, Folsäure und Jod)																																																																	
Alkoholkonsum während der Schwangerschaft																																																																	
Tabakkonsum während der Schwangerschaft																																																																	
Drogenkonsum während der Schwangerschaft																																																																	
Hormonbehandlung der Mutter																																																																	
Familiäre Allergiebelastung (Asthma, Neurodermitis, Heuschnupfen)																																																																	
Erkrankungen während der Schwangerschaft:																																																																	
Diabetes mellitus																																																																	
Hepatitis B																																																																	
Röteln-Erkrankung																																																																	
Andere Virustiter, z.B. HIV																																																																	
Infektionen																																																																	
Drohende Frühgeburt																																																																	
Gestose																																																																	
Stationärer Aufenthalt vor der Geburt																																																																	
<div style="display: flex; justify-content: center; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </div> </div> Datum der Untersuchung																																																																	

linke Seite U3

Ziel- und Schwerpunkte:

- Bindungs- und Regulationsstörungen
 - Neurologische Störungen
 - Angeborene Taubheit
 - Angeborene Hüftdysplasie
 - Pathologischer Ikterus
-
-

Grenzsteine der Entwicklung

1. Monat:

Körpermotorik	In schwebender Bauchlage kann Kopf für wenigstens einige Sekunden knapp unter oder in der Rumpfebene gehalten werden. Bauchlage wird toleriert, Kopf zur Seite gedreht
Hand-Fingermotorik	Hände werden immer wieder einmal spontan geöffnet, Finger gestreckt/gespreizt, bei noch insgesamt eher geschlossenen Händen.
Sprache	Kräftiges Schreien bei Hunger und Unbehagen
Kognitive Kompetenz	Aufmerksames Schauen auf nahe Gesichter nächster Bindungspersonen
Soziale Kompetenz	Beruhigt, entspannt sich, wenn auf Arm genommen, wenn zu Kind sanft gesprochen wird
Emotionale Kompetenz	Kind hat es gerne, angenommen, getragen, gehalten zu werden, zeigt dies durch sein Verhalten
Selbständigkeit	Trinkt zügig, gut und ohne Probleme

Impfprogramm
Ernährung / Stillen
Unfallprävention
Plötzlicher Kindstod /
Passivrauchen
Hören
FB Verhaltensregulation
Suchtberatung (z.B. Rauchen, Passivrauchen, Alkohol, Drogen)
UV-Beratung

Gesundheits-Check bei U3

(Durchschlagseite)

Nr.:

--	--	--	--	--

Praxisstempel

--	--

m w

2	0		
---	---	--	--

Geburtsjahr

Körpergewicht

--	--	--	--

g >90.P. <3.P. WDE

Körperlänge

--	--	--	--

cm

>97.P. <3.P. WDE

Kopfumfang

--	--	--	--

>97.P. <3.P. WDE

Sind die Eltern mit der Entwicklung ihres Kindes zufrieden?

ja	nein
----	------

Ja **WDE**

Neugeborenencreening (Labor) auffällig

	nd	
--	----	--

Hörscreening veranlasst

--	--	--

Hörscreening durchgeführt

	nd	
--	----	--

Hörscreening auffällig

--	--	--

Hüftsonographie veranlasst

--	--	--

Hüftsonographie durchgeführt

	nd	
--	----	--

Hüftsonographie auffällig

--	--	--

Ikterus vorhanden

--	--	--

Stuhl entfärbt

--	--	--

Angeborene Erkrankungen

--	--	--

Körperliche Untersuchung auffällig

--	--	--

Neurologische Untersuchung auffällig

--	--	--

Entwicklungs-Untersuchung auffällig

--	--	--

Vitamin K-Gabe

--	--	--

Vitamin D-Gabe

--	--	--

Fluorid-Gabe

--	--	--

Voll gestillt

--	--	--

Nicht gestillt

--	--	--

Elternfragebogen „Verhaltensregulation“

auffällig

	nd	
--	----	--

Alleinerziehung

--	--	--

Anzahl der Geschwister

--	--	--

Kinder anderweitig untergebracht

--	--	--

Besondere psych. Belastung (z.B. fam. o. beruflich)

--	--	--

Besondere soz. Belastung (z.B. Integrations-

--	--	--

oder wirtschaftliche Probleme)

Schläft Ihr Kind

auf dem Rücken?

--

im Schlafsack?

--

Wird in der Familie geraucht?

--

Ärztliche Bemerkungen:

**Die Untersuchung ergab ein
altersgemäß entwickeltes
und gesundes Kind**

--	--	--	--	--	--	--	--

Datum der Untersuchung

linke Seite U4

Ziel- und Schwerpunkte:

- Bindungs- und Regulationsstörungen
 - Neurologische Störungen
 - Beginn des Impfprogramms
-

Grenzsteine der Entwicklung

3. Monat:

Körpermotorik	Kräftiges, alternierendes und beidseitiges Beugen und Strecken der Arme und Beine Bauchlage wird toleriert, Abstützen auf Unterarmen, Kopf erhoben, Blickkontakt wird gesucht
Hand-Fingermotorik	Hände können spontan zur Körpermitte gebracht werden, Fingerspiel wird beobachtet; Versuch, mit gegenseitiger Hand/Finger in Kontakt zu kommen
Sprache	Positiv getöntes Vokalisieren, wenn mit Kind gesprochen wird, oder spontan für sich, wenn alleine
Kognitive Kompetenz	Sucht bewusst Augenkontakt, versucht durch Kopfdrehen Quelle eines bekannten Geräusches zu sehen
Soziale Kompetenz	Kind reagiert aufgeregt, erwartungsvoll, wenn es Flasche oder Stillvorbereitungen sieht. Freut sich über Zuwendung
Emotionale Kompetenz	Äußert verstehbar Unbehagen, Schmerz, Hunger, Erwartungen, Freude. Kind zeigt durch sein Verhalten, dass es sich der positiven Zuwendung und des verlässlichen Versorgens durch Bindungspersonen sicher ist.
Selbständigkeit	Hält sich meist zuverlässig an geregelte Schlaf-, Essens-, Wachzeiten

Impfprogramm

Ernährung / Stillen

Unfallprävention

Plötzlicher Kindstod / Passivrauchen

FB Verhaltensregulation

Suchtberatung (z.B. Rauchen, Passivrauchen, Alkohol, Drogen)

UV-Beratung

Gesundheits-Check bei U4

Nr.:

--	--	--	--

Praxisstempel

--	--

m w

2	0		
---	---	--	--

Geburtsjahr

Körpergewicht

--	--	--	--

g >90.P. <3.P. WDE

Körperlänge

--	--

cm

>97.P. <3.P. WDE

Kopfumfang

--	--

>97.P. <3.P. WDE

Sind die Eltern mit der Entwicklung ihres Kindes zufrieden?

ja

nein

Ja **WDE**

Hörscreeningbefund auffällig

	nd	
--	----	--

Sono Hüftbefund (nach Überweisung) auffällig

	nd	
--	----	--

Ekzem vorhanden

--

--

Angeborene Erkrankungen

--

--

Körperliche Untersuchung auffällig

--

--

Neurologische Untersuchung (n. Michaelis) auffällig

--

--

Entwicklungs-Untersuchung auffällig

--

--

Vitamin D-Gabe

--

Fluorid-Gabe

--

Voll gestillt

--

Nicht gestillt

--

Ärztliche Bemerkungen:

**Die Untersuchung ergab ein
altersgemäß entwickeltes
und gesundes Kind**

Altersgemäßer Impfstatus lt. STIKO-Empfehlung

vollständig

--

keine Impfung

--

--	--	--	--	--	--	--	--

Datum der Untersuchung

Gesundheits-Check bei U4

(Durchschlagseite)

Nr.:

--	--	--	--

Praxisstempel

--	--

m w

2	0		
---	---	--	--

Geburtsjahr

Körpergewicht

--	--	--	--

g >90.P. <3.P. WDE

Körperlänge

--	--

cm

>97.P. <3.P. WDE

Kopfumfang

--	--

>97.P. <3.P. WDE

Sind die Eltern mit der Entwicklung ihres Kindes zufrieden?

ja	nein
----	------

Ja **WDE**

Hörscreeningbefund auffällig

	nd	
--	----	--

Sono Hüftbefund (nach Überweisung) auffällig

	nd	
--	----	--

Ekzem vorhanden

Angeborene Erkrankungen

Körperliche Untersuchung auffällig

Neurologische Untersuchung (n. Michaelis) auffällig

Entwicklungs-Untersuchung auffällig

Vitamin D-Gabe

Fluorid-Gabe

Voll gestillt

Nicht gestillt

Ärztliche Bemerkungen:

Fragen an die Eltern:

Elternfragebogen „Verhaltensregulation“ auffällig

	nd	
--	----	--

Alleinerziehung

Anzahl der Geschwister

Schläft Ihr Kind

auf dem Rücken?

im Schlafsack?

Wird in der Familie geraucht?

--

**Die Untersuchung ergab ein
altersgemäß entwickeltes
und gesundes Kind**

--

Altersgemäßer Impfstatus lt. STIKO-Empfehlung

vollständig

keine Impfung

--	--	--	--	--	--	--	--

Datum der Untersuchung

Ziel- und Schwerpunkte:

- Sehstörungen
- Bindungs- und Regulationsstörungen
- Entwicklungsneurologische Störungen
- Fortsetzung des Impfprogramms

Grenzsteine der Entwicklung

6. Monat:

Körpermotorik	Symmetrie der Rückenlage kann insgesamt gut mit Kopf, Rumpf, Extremitäten ausbalanciert werden Sichere Bauchlage, Abstützen auf distalen Unterarmen, Händen. Sichere Gewichtsverlagerung des Oberkörpers. Kopf wird nach visuellen und auditiven Anregungen gedreht.
Hand-Fingermotorik	Transferieren von kleinen Gegenständen von einer Hand in die andere. Palmares, radial betontes Greifen
Sprache	Spontanes, variationsreiches Vokalisieren, oder wenn mit Kind gesprochen wird (Babydialoge). Die Lautbildung erfolgt im hinteren und mittleren Gaumenbereich, noch kaum Lippenverschlusslaute
Kognitive Kompetenz	Objekte/Spielzeug werden, mit beiden Händen ergriffen, in den Mund gesteckt, benagt, jedoch noch wenig intensiv betrachtet.
Soziale Kompetenz	Kind hält intensiven Blickkontakt; versucht aber auch von sich aus, diesen bei Bekannten und Fremden zu gewinnen.
Emotionale Kompetenz	Freude, Lachen, Lautieren, heftiges, freudiges Bewegen der Arme und Beine, wenn eigene Versuche der Kontaktaufnahme gelungen sind oder wenn von anderen Personen initiiertes Kontaktversuch akzeptiert wird.
Selbständigkeit	Hält sich meist an geregelte Schlaf-Essens-Wachzeiten. Meldet sich, wenn hungrig oder wenn volle Windeln zu Reizerscheinungen der Haut führen.

Unfallprävention

Impfprogramm

Gewaltprävention

Allergieprävention

Plötzlicher Kindstod / Passivrauchen

Sehen

FB Verhaltensregulation

Suchtberatung (z.B. Rauchen, Passivrauchen, Alkohol, Drogen)

UV-Beratung

Gesundheits-Check bei U5

(Durchschlagseite)

Nr.:

--	--	--	--	--

Praxisstempel

--	--

m w

2	0		
---	---	--	--

Geburtsjahr

Körpergewicht

--	--	--	--	--	--

 g

>90.P. <3.P. WDE

Körperlänge

--	--	--	--

 cm

>97.P. <3.P. WDE

Kopfumfang

--	--

>97.P. <3.P. WDE

Sind die Eltern mit der Entwicklung ihres Kindes zufrieden?

ja

nein

Ja

WDE

Auffälligkeiten Sehen (fam. Belastung)

--

--

Ige-spezifische Allergie nachgewiesen

--

--

Endogenes Ekzem vorhanden

--

--

Häufige Infekte der unteren Luftwege

--

--

Angeborene Erkrankungen

--

--

Körperliche Untersuchung auffällig

--

--

Neurologische Untersuchung auffällig

--

--

Entwicklungs-Untersuchung auffällig

--

--

Vitamin D-Gabe

--

Fluorid-Gabe

--

Voll gestillt

--

Nicht gestillt

--

Ärztliche Bemerkungen:

Fragen an die Eltern:

Elternfragebogen „Verhaltensregulation“ auffällig

	nd	
--	----	--

Betreuung Krippe / KITA

--

Betreuung Tagesmutter

--

Alleinerziehung

--

Anzahl der Geschwister

--

Heilmittel verordnet

--

**Die Untersuchung ergab ein
altersgemäß entwickeltes
und gesundes Kind**

--

Altersgemäßer Impfstatus lt. STIKO-Empfehlung:

vollständig

--

keine Impfung

--

--	--	--	--	--	--	--	--

Datum der Untersuchung

linke Seite U6

Ziel- und Schwerpunkte:

- Störungen der Sprachentwicklung
- Frühkindliche Verhaltensauffälligkeiten
- Störungen der statomotorischen Entwicklung
- Fortsetzung des Impfprogramms

Grenzsteine der Entwicklung

12. Monat:

Körpermotorik

Freies Sitzen mit geradem Rücken und sicherer Gleichgewichtskontrolle möglich

Selbständiges, flüssiges Drehen von Rückenlage zu Bauchlage und zurück

Hand-Fingermotorik

Scherengriff: Kleine Gegenstände werden zwischen Daumen und gestrecktem Zeigefinger ergriffen und gehalten

Hält Löffel, kann jedoch noch nicht selber damit essen

Sprache

Spontanes Artikulieren mit längeren Silbenketten, vor allem mit a-

Vokalen und deutlichen Lippenverschlusslauten (ba-ba-ba, da-da-da)

und/oder deutlich hörbar und gewollt produzierte Silbenverdoppelungen

Kognitive Kompetenz

Spielzeug, Objekte, vor den Augen des Kindes mit Zeitungsbild oder

Tuch bedeckt, werden vom Kind wieder aus der Abdeckung geholt: "entdeckt"

Soziale Kompetenz

Kind kann selbst einen Kontakt beginnen, fortführen, variieren, beenden

Emotionale Kompetenz

Ahmt Gesten nach: Winken, Backe-Kuchen u.a.

Viele Rückversicherungsbestätigungen: Blickkontakte, Berühren, Streicheln, Anlehnen, Gesten, Küsschen als Bindungsbestätigungen

Emotional getönte lautliche und gestisch-mimische Dialoge mit

Bindungspersonen

Selbständigkeit

Kann Flasche alleine trinken; trinkt aus Tasse, Becher mit etwas Hilfe:

keine Problem mit der Nahrungsaufnahme, wenn mit Löffel gefüttert

Impfprogramm

Unfallprävention

Gewaltprävention

Allergieprävention / Passivrauchen

Ernährungsberatung

Zahnpflege

Problematischer Umgang mit Suchtmitteln in der Familie

Aufklärung Sprache

UV-Beratung

Gesundheits-Check bei U6

Nr:

--	--	--	--

Praxisstempel

--	--

m w

2	0		
---	---	--	--

Geburtsjahr

Körpergewicht

--	--	--	--

g >90.P. <3.P. WDE

Körperlänge

--	--

cm

>97.P. <3.P. WDE

Kopfumfang

--	--

>97.P. <3.P. WDE

Sind die Eltern mit der Entwicklung ihres Kindes zufrieden?

ja

nein

Ja **WDE**

- Auffälligkeiten Sehen
- Ige-spezifische Allergie nachgewiesen
- Endogenes Ekzem vorhanden
- Häufige Infekte der unteren Luftwege
- Mundatmung/Schnarchen
- Angeborene Erkrankungen
- Körperliche Untersuchung auffällig
- Genitale auffällig
- Neurologische Untersuchung auffällig
- Sprachentwicklung auffällig
- Motorische Entwicklung auffällig
- Kognitive Entwicklung auffällig
- Sozialverhalten auffällig
- Emotionalverhalten auffällig
- Vitamin D-Gabe
- Fluorid-Gabe

Ärztliche Bemerkungen:

**Die Untersuchung ergab ein
altersgemäß entwickeltes
und gesundes Kind**

--

Altersgemäßer Impfstatus lt. STIKO-Empfehlung:

vollständig

--

keine Impfung

--

--	--	--	--	--	--	--	--

Datum der Untersuchung

Gesundheits-Check bei U6

(Durchschlagseite)

Nr:

--	--	--	--

Praxisstempel

--	--

m w

2	0		
---	---	--	--

Geburtsjahr

Körpergewicht

--	--	--	--

g >90.P. <3.P. WDE

Körperlänge

--	--

cm

>97.P. <3.P. WDE

Kopfumfang

--	--

>97.P. <3.P. WDE

Sind die Eltern mit der Entwicklung ihres Kindes zufrieden?

ja

nein

Ja **WDE**

- Auffälligkeiten Sehen
- Ige-spezifische Allergie nachgewiesen
- Endogenes Ekzem vorhanden
- Häufige Infekte der unteren Luftwege
- Mundatmung/Schnarchen
- Angeborene Erkrankungen
- Körperliche Untersuchung auffällig
- Genitale auffällig
- Neurologische Untersuchung auffällig
- Sprachentwicklung auffällig
- Motorische Entwicklung auffällig
- Kognitive Entwicklung auffällig
- Sozialverhalten auffällig
- Emotionalverhalten auffällig
- Vitamin D-Gabe
- Fluorid-Gabe

Ärztliche Bemerkungen:

Fragen an die Eltern:

- Elternfragebogen „Verhaltensregulation“ auffällig
- Schilddrüsenerkrankungen in der Familie
- Betreuung Krippe/KITA
- Betreuung Tagesmutter
- Alleinerziehung
- Geschwisteranzahl
- Heilmittel verordnet

	nd	

**Die Untersuchung ergab ein
altersgemäß entwickeltes
und gesundes Kind**

Altersgemäßer Impfstatus lt. STIKO-Empfehlung:

- vollständig
- keine Impfung

--	--	--	--	--	--	--	--

Datum der Untersuchung

Ziel- und Schwerpunkte:

- Sprachentwicklungsstörungen
- Allergische Erkrankungen
- Sozialisations- und Verhaltensstörungen
- Ernährungsstörungen
- Sehstörungen

Grenzsteine der Entwicklung

2 Jahre:

Körpermotorik	Aufheben eines Gegenstandes vom Boden, stehend oder aus der Hocke ohne Schwierigkeiten möglich Treppen werden bewältigt: Nachstellschritte, Festhalten am Geländer, an der Hand Erwachsener
Hand-Fingermotorik	Sicherer Pinzettengriff Malstift wird mit der Faust gehalten oder mit den ersten drei Fingern, Stift liegt dabei in Handinnenfläche
Sprache	Einwortsprache: Mindestens 10 richtige Worte, außer Papa und Mama
Kognitive Kompetenz	Bauklötzchen o.ä. werden gestapelt, mindestens 3 Kind kann sich mit Puppen, Autos, Spielzeug über 20-30 Minuten beschäftigen, auch mit sog. "Als ob"-Spielen
Soziale Kompetenz	"Parallelspiel" (kein gemeinsames Spielen) mit anderen etwa Gleichaltrigen Will Kontakt und Freude am Kontakt mit anderen Kindern Ahmt häusliche Aktivitäten Erwachsener nach
Emotionale Kompetenz	Bei täglichen, kleinen Ärgernissen lässt sich Kind meist innerhalb von etwa drei Minuten beruhigen Kind kann, sich beschäftigend, für etwa eine halbe Stunde alleine in einem Raume bleiben, wissend, dass Mutter in räumlicher Nähe (in einem anderen Zimmer, Küche) ist
Selbständigkeit	Kind fragt selbst, wenn es etwas zum Essen, zum Trinken haben möchte Versucht selbst, Mütze, Hut, Kleidungsstücke, Hausschuhe anzuziehen

Unfallprävention

Gewaltprävention

Allergieprävention

Zahnpflege

Ernährungsberatung

Aufklärung Sprache

Problematischer Umgang mit Suchtmitteln in der Familie

UV-Beratung

Gesundheits-Check bei U7

(Durchschlagseite)

Nr.:

--	--	--	--	--

Praxisstempel

--	--

m w

2	0		
---	---	--	--

Geburtsjahr

Körpergewicht
 Körperlänge
 Körper-Masse-Index
 Kopfumfang

					g
					cm

>90.P. <3.P. WDE
 >97.P. <3.P. WDE
 >97.P. <3.P. WDE
 >97.P. <3.P. WDE

Sind die Eltern mit der Entwicklung ihres Kindes zufrieden?

ja	nein
----	------

Ja **WDE**

Augenärztliche Untersuchung veranlaßt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Infekte der <u>unteren</u> Luftwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IgE-spezifische Allergie nachgewiesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endogenes Ekzem vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundatmung/Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Untersuchung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Untersuchung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachentwicklung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorische Entwicklung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitive Entwicklung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialverhalten auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emotionalverhalten auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adipositas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypercholesterinämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familienanamnese:

Ärztliche Bemerkungen:

Fragen an die Eltern:

Elternfragebogen auffällig	<input type="checkbox"/>	nd	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen in der Familie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Betreuung KITA/KIGA	<input type="checkbox"/>		
Betreuung Tagesmutter	<input type="checkbox"/>		
Alleinerziehung	<input type="checkbox"/>		
Geschwisteranzahl	<input type="checkbox"/>		
Heilmittel verordnet	<input type="checkbox"/>		

Die Untersuchung ergab ein
 altersgemäß entwickeltes
 und gesundes Kind

Altersgemäßer Impfstatus lt. STIKO-Empfehlung:

vollständig	<input type="checkbox"/>	
keine Impfung	<input type="checkbox"/>	
4 x 6fach Impfung?	<input type="checkbox"/>	
2 x MMR-Impfung?	<input type="checkbox"/>	
1 x Varizellen-Impfung (oder durchgeführt?)	<input type="checkbox"/>	

--	--	--	--	--	--	--	--

Datum der Untersuchung

Ziel- und Schwerpunkte:

- Allergische Erkrankungen
 - Sozialisations- und Verhaltensstörungen
 - Adipositas
 - Sprachentwicklungsstörungen
 - Zahn-, Mund- und Kieferanomalien
-
-

Grenzsteine der Entwicklung

3 Jahre:

Körpermotorik

Beidbeiniges Abhüpfen von einer untersten Treppenstufe mit sicherer Gleichgewichtskontrolle

Hand-Fingermotorik

Rennen mit deutlichem Armschwung und Umsteuern von Hindernissen; plötzliches, promptes Anhalten ohne Gleichgewichtsgefährdung möglich

Buch-Journal-Seiten werden einzeln und korrekt umgeblättert
Präziser Dreifinger-Spitzgriff (Daumen, Zeige-Mittelfinger) zur Manipulation auch sehr kleiner Gegenstände möglich

Sprache

3-4 Wortsätze (Kombination von Nomina, Verben, Hilfsverben, Präpositionen, adverbiale Bestimmungen von Zeit und Raum)

Eigener Vor- oder Rufname wird bei Absichten oder Ankündigungen verwendet

Liebt gemeinsames Betrachten von Bilderbüchern, lässt sich in knapper Form Texte, Inhalte erklären. Hört gerne Kinderreime, möchte sie oft wiederholt haben

Kognitive Kompetenz

Malen und Kritzeln: Auch wenn noch wenig gestaltend gemalt wird, kommentiert Kind doch oft, wen und/oder was es gemalt hat

Konzentrierte, intensive "Als ob Spiele" mit Puppen, Autos, Bausteine u.a. Spielmaterialien über längere Zeitabschnitte

Soziale Kompetenz

Gemeinsames Spielen mit etwa gleichaltrigen Kindern über mindestens 5 Minuten mit Reden, Austauschen von Gegenständen, jedoch noch ohne gemeinsame Zielaktionen

Kind beteiligt sich gerne an häuslichen Tätigkeiten, will mithelfen, ahmt sie nach, übernimmt sie in seine Rollenspiele

Emotionale Kompetenz

Kind kann für einige Stunden bei ihm bekannten Personen bleiben, auch außerhalb seines Zuhauses und ohne seine Bindungsperson(en)

Selbständigkeit

Kann mit Löffel selber essen, trinkt selbst aus Becher, Tasse

Zieht sich selbst bei Toilettengang (Unter)Hosen herunter und wieder hoch

Unfallprävention

Gewaltprävention

Allergieprävention

Zahnpflege

Ernährungsberatung

Aufklärung Sprache

Problematischer Umgang mit Suchtmitteln in der Familie

UV-Beratung

Medienberatung

Gesundheits-Check bei U7a (3 Jahre)

Nr:

--	--	--	--	--

Praxisstempel

m	w	2	0		

Geburtsjahr

Körpergewicht					g	>90.P. <input type="checkbox"/>	<3.P. <input type="checkbox"/>	WDE <input type="checkbox"/>
Körperlänge					cm	>97.P. <input type="checkbox"/>	<3.P. <input type="checkbox"/>	WDE <input type="checkbox"/>
Körper-Masse-Index						>97.P. <input type="checkbox"/>	<3.P. <input type="checkbox"/>	WDE <input type="checkbox"/>
Kopfumfang						>97.P. <input type="checkbox"/>	<3.P. <input type="checkbox"/>	WDE <input type="checkbox"/>

Sind die Eltern mit der Entwicklung ihres Kindes zufrieden?

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------

	Ja	WDE
Zähne/Kiefer auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IgE-spezifische Allergie nachgewiesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale/Hyperreag. Bronchialsys.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endogenes Ekzem vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundatmung/Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Untersuchung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuro. Untersuchung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachentwicklung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorische Entwicklung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitive Entwicklung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialverhalten auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emotionalverhalten auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienanamnese:		
Adipositas	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	
Hypercholesterinämie	<input type="checkbox"/>	

Ärztliche Bemerkungen:

Die Untersuchung ergab ein
altersgemäß entwickeltes
und gesundes Kind

Altersgemäßer Impfstatus lt. STIKO-Empfehlung:

vollständig	<input type="checkbox"/>
keine Impfung	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--	--	--	--	--

Datum der Untersuchung

Gesundheits-Check bei U7a (3 Jahre)

(Durchschlag)

Nr:

--	--	--	--	--

Praxisstempel

m	w

2	0		
Geburtsjahr			

Körpergewicht	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> g						>90.P. <input type="checkbox"/> <3.P. <input type="checkbox"/> WDE <input type="checkbox"/>
Körperlänge	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> cm					>97.P. <input type="checkbox"/> <3.P. <input type="checkbox"/> WDE <input type="checkbox"/>	
Körper-Masse-Index	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					>97.P. <input type="checkbox"/> <3.P. <input type="checkbox"/> WDE <input type="checkbox"/>	
Kopfumfang	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					>97.P. <input type="checkbox"/> <3.P. <input type="checkbox"/> WDE <input type="checkbox"/>	

Sind die Eltern mit der Entwicklung ihres Kindes zufrieden?

ja	nein
----	------

	Ja	WDE
Zähne/Kiefer auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IgE-spezifische Allergie nachgewiesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale/Hyperreag. Bronchialsys.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endogenes Ekzem vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundatmung/Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Untersuchung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuro. Untersuchung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachentwicklung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorische Entwicklung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitive Entwicklung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialverhalten auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emotionalverhalten auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienanamnese:		
Adipositas	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	
Hypercholesterinämie	<input type="checkbox"/>	

Ärztliche Bemerkungen:

Fragen an die Eltern:

Elternfragebogen auffällig	<table border="1"><tr><td> </td><td>nd</td><td> </td></tr></table>		nd	
	nd			
Schilddrüsenerkrankungen in der Familie	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			
Betreuung KIGA/KITA	<input type="checkbox"/>			
Betreuung Tagesmutter	<input type="checkbox"/>			
Alleinerziehung	<input type="checkbox"/>			
Geschwisteranzahl	<input type="checkbox"/>			
Heilmittel verordnet	<input type="checkbox"/>			
Stunden vor dem Fernseher pro Tag	<input type="checkbox"/>			
	bis 1 <input type="checkbox"/>			
	1-3 <input type="checkbox"/>			
	mehr als 3 <input type="checkbox"/>			

Die Untersuchung ergab ein
altersgemäß entwickeltes
und gesundes Kind

Altersgemäßer Impfstatus lt. STIKO-Empfehlung:

vollständig	<input type="checkbox"/>
keine Impfung	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--	--	--	--	--

Datum der Untersuchung

Ziel- und Schwerpunkte:

- Sozialisations- und Verhaltensstörungen
- Wahrnehmungsstörungen
- Adipositas
- Zahn-, Mund- und Kieferanomalien

Grenzsteine der Entwicklung

4 Jahre:

Körpermotorik	Dreirad, Bobby-Car u.ä. Fahrzeuge werden zielgerichtet und sicher bewegt; Kind tritt und lenkt gleichzeitig, umfährt gewandt Hindernisse Hüpfen aus dem Stand, mit beiden Beinen gleichzeitig um etwa 30-50 cm nach vorne, mit stabiler Gleichgewichtskontrolle
Hand-Fingermotorik	Mal-Zeichenstift wird korrekt mit den Spitzen der ersten drei Finger gehalten Gegenständliches, auch Kopffüßler können erkennbar gemalt und kommentiert werden.
Sprache	Kind verwendet "Ich" für sich selbst Ereignisse, Geschichten werden in etwa in zeitlichem und logischem Verlauf wiedergegeben, meist noch mit ...und dann...und dann-Verknüpfung
Kognitive Kompetenz	W-Fragen (warum, wieso, wann, woher?) Gleiche Gegenstände verschiedener Größe/Farbe können unterschieden und benannt werden (z.B. kleine und große Äpfel, unterschiedlich große, unterschiedlich farbliche Bauklötze)
Soziale Kompetenz	Beginnt und beteiligt sich an "Regelspielen" (Bewegungs-Brett-Kartenspiele) Bereit zu teilen
Emotionale Kompetenz	Bei alltäglichen Ereignissen kann Kind seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen, Freuden, Ängste, Stress-Situationen Kind weiß, dass es Mädchen oder Junge ist, verhält und kleidet sich danach, übernimmt im "Familie-Spielen" entsprechende Rollen
Selbständigkeit	Hände-Gesicht werden selbst gewaschen und abgetrocknet Sicherer und weitgehend sauberer Umgang mit Löffel und Gabel Kann sich selber An- und Ausziehen, schließt und öffnet Reißverschlüsse, benötigt aber noch Hilfen oder Korrekturen Tagsüber verlässlich sauber, benötigt keine Windel mehr

Unfallprävention

Zahnpflege

Gewaltprävention

Problematischer Umgang mit Suchtmitteln in der Familie

Allergieprävention

Bewegungsberatung

Ernährungsberatung

UV-Schutz

Medienberatung

Gesundheits-Check bei U8

Nr.:

--	--	--	--	--

Praxisstempel

--	--

m w

--	--	--	--

Geburtsjahr

Körpergewicht

--	--	--	--	--	--	--	--	--

g >90.P. <3.P. WDE

Körperlänge

cm

>97.P. <3.P. WDE

Körper-Masse-Index

>97.P. <3.P. WDE

Sind die Eltern mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?

ja	nein
----	------

- Sehprüfung und/oder Farbsehen auffällig
- Hörprüfung auffällig
- RR erhöht
- Urin auffällig
- Zähne/Kiefer auffällig
- IgE-spezifische Allergie nachgewiesen
- Asthma bronchiale
- Rhinokonjunktivitis allergica
- Endogenes Ekzem vorhanden
- Mundatmung/Schnarchen
- Angeborene Erkrankungen
- Körperliche Untersuchung auffällig
- Sprachentwicklung auffällig
- Motorische Entwicklung auffällig
- Kognitive Entwicklung auffällig
- Sozialverhalten auffällig
- Emotionalverhalten auffällig
- Körperliche Belastbarkeit auffällig

Ja	nd	WDE
	nd	
	nd	
	nd	
	nd	

Ärztliche Bemerkungen:

Die Untersuchung ergab ein
altersgemäß entwickeltes
und gesundes Kind

Altersgemäßer Impfstatus lt. STIKO-Empfehlung:

vollständig	
keine Impfung	

--	--	--	--	--	--	--	--

Datum der Untersuchung

Gesundheits-Check bei U8

(Durchschlagseite)

Nr.:

--	--	--	--	--

Praxisstempel

--	--

m w

--	--	--	--

Geburtsjahr

Körpergewicht

--	--	--	--	--	--

g >90.P. <3.P. WDE

Körperlänge

--	--	--	--	--

cm >97.P. <3.P. WDE

Körper-Masse-Index

--	--

>97.P. <3.P. WDE

Sind die Eltern mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?

--	--	--

ja

nein

Ja **WDE**

Sehprüfung und/oder Farbsehen auffällig

--	--	--

Hörprüfung auffällig

--	--	--

RR erhöht

--	--	--

Urin auffällig

--	--	--

Zähne/Kiefer auffällig

--	--	--

IgE-spezifische Allergie nachgewiesen

--	--	--

Asthma bronchiale

--	--	--

Rhinokonjunktivitis allergica

--	--	--

Endogenes Ekzem vorhanden

--	--	--

Mundatmung/Schnarchen

--	--	--

Angeborene Erkrankungen

--	--	--

Körperliche Untersuchung auffällig

--	--	--

Sprachentwicklung auffällig

--	--	--

Motorische Entwicklung auffällig

--	--	--

Kognitive Entwicklung auffällig

--	--	--

Sozialverhalten auffällig

--	--	--

Emotionalverhalten auffällig

--	--	--

Körperliche Belastbarkeit auffällig

--	--	--

Ärztliche Bemerkungen:

Fragen an die Eltern:

Elternfragebogen auffällig

--	--	--

Stunden vor dem Fernseher pro Tag

bis 1

--

1-3

--

mehr als 3

--

Schilddrüsenerkrankungen in der Familie

--	--

Betreuung KITA/KIGA

--

Alleinerziehung

--

Geschwisteranzahl

--

Heilmittel verordnet

--

Die Untersuchung ergab ein
altersgemäß entwickeltes
und gesundes Kind

--

Altersgemäßer Impfstatus lt. STIKO-Empfehlung:

vollständig

--

keine Impfung

--

--	--	--	--	--	--	--	--

Datum der Untersuchung

Ziel- und Schwerpunkte:

- Sozialisations- und Verhaltensstörungen
 - Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsdefizit
 - Lernstörungen
 - Adipositas
-

Grenzsteine der Entwicklung

5 Jahre:

Körpermotorik	Treppen können beim Auf- und Absteigen mit Beinwechsel sicher und freihändig begangen werden. Größere Bälle (Durchmesser etwa 20 cm) können mit Händen, Armen, Körper aufgefangen werden, wenn aus etwa 2m zugeworfen.
Hand-Fingermotorik	Mit Kinderschere kann einer geraden Linie gut entlang geschnitten werden. Einzelne Buchstaben, Zahlen, Namen können mit großen Buchstaben geschrieben werden (nicht selten noch seitenverkehrt). Gut erkennbare Bilder werden gemalt und bewusst gestaltet. Händigkeit (rechts oder links) festgelegt.
Sprache	Fehlerfreie Aussprache Ereignisse, Geschichten werden in richtigem zeitlichem und logischem Ablauf wiedergegeben, mit korrekten, jedoch noch einfach strukturierten Sätzen
Kognitive Kompetenz	Grundfarben werden erkannt und richtig benannt (Blau, Grün, Rot, Gelb, Schwarz, Weiß). Intensive Rollenspiele, Verkleidungen, Verwandlung in Tiere, Vorbilder (Ritter, Piraten, "Helden"), auch mit anderen Kindern
Soziale Kompetenz	Kind kann Spielzeug, Süßigkeiten u.ä. zwischen sich und anderen weitgehend gerecht aufteilen. Lädt andere Kinder zu sich ein, wird selbst eingeladen. Keine oder nur geringfügige Probleme mit anderen Kindern im Kindergarten.
Emotionale Kompetenz	Gelegentlich wird noch enger Körperkontakt gesucht: Bei Kummer, Müdigkeit, Erschöpfung, Krankheit u.ä. Ereignissen. Kann auch über beschämende, frustrierende, versagende, unerfreuliche Ereignisse und Erfahrungen berichten. Kind kann bei gut bekannten Verwandten, Freunden der Eltern, bei eigenen Freundinnen, Freunden ohne seine Bezugsperson(en) übernachten.
Selbständigkeit	Kommt mit Messer und Gabel zurecht, wenn auch noch öfters mit Schwierigkeiten Kind kann sich alleine an- und ausziehen, benötigt nur selten Hilfen oder Korrekturen. Zähne putzen, Körperpflege morgens und abends unter Aufsicht weitgehend selbständig. Weitgehend sichere Blasen- und Darmkontrolle Tag und Nacht.

Unfallprävention

Zahnpflege

Gewaltprävention

Problematischer Umgang mit Suchtmitteln in der Familie

Allergieprävention

Bewegungsberatung

Ernährungsberatung

Medienberatung

UV-Beratung

Gesundheits-Check bei U9

Nr.:

--	--	--	--	--

Praxisstempel

--	--

m w

--	--	--	--

Geburtsjahr

Körpergewicht

		,		kg
--	--	---	--	----

>90.P. <3.P. WDE

Körperlänge

			cm
--	--	--	----

>97.P. <3.P. WDE

Körper-Masse-Index

--	--

>97.P. <3.P. WDE

Sind die Eltern mit der Entwicklung ihres Kindes zufrieden?

ja nein

Ja WDE

Sehen und/oder Farbsehen auffällig

	nd	
--	----	--

Hörprüfung auffällig

	nd	
--	----	--

RR erhöht

--	--	--

Urin auffällig

	nd	
--	----	--

Zähne/Kiefer auffällig

--	--	--

IgE-spezifische Allergie nachgewiesen

--	--	--

Asthma bronchiale

--	--	--

Rhinokonjunktivitis allergica

--	--	--

Endogenes Ekzem vorhanden

--	--	--

Mundatmung/Schnarchen

--	--	--

Angeborene Erkrankungen

--	--	--

Körperliche Untersuchung auffällig

--	--	--

Sprachentwicklung auffällig

--	--	--

Motorische Entwicklung auffällig

--	--	--

Kognitive Entwicklung auffällig

--	--	--

Sozialverhalten auffällig

--	--	--

Emotionalverhalten auffällig

--	--	--

Ärztliche Bemerkungen:

Die Untersuchung ergab ein
altersgemäß entwickeltes
und gesundes Kind

Altersgemäßer Impfstatus lt. STIKO-Empfehlung:

vollständig

--	--

keine Impfung

--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Datum der Untersuchung

Gesundheits-Check bei U9

(Durchschlagseite)

Nr.:

--	--	--	--	--

Praxisstempel

--	--

m w

--	--	--	--

Geburtsjahr

Körpergewicht

		,	
--	--	---	--

 kg

>90.P. <3.P. WDE

Körperlänge

--	--	--

 cm

>97.P. <3.P. WDE

Körper-Masse-Index

--	--

>97.P. <3.P. WDE

Sind die Eltern mit der Entwicklung ihres Kindes zufrieden?

ja	nein
----	------

Ja WDE

Sehen und/oder Farbsehen auffällig

	nd	
--	----	--

Hörprüfung auffällig

	nd	
--	----	--

RR erhöht

--	--	--

Urin auffällig

	nd	
--	----	--

Zähne/Kiefer auffällig

--	--	--

IgE-spezifische Allergie nachgewiesen

--	--	--

Asthma bronchiale

--	--	--

Rhinokonjunktivitis allergica

--	--	--

Endogenes Ekzem vorhanden

--	--	--

Mundatmung/Schnarchen

--	--	--

Angeborene Erkrankungen

--	--	--

Körperliche Untersuchung auffällig

--	--	--

Sprachentwicklung auffällig

--	--	--

Motorische Entwicklung auffällig

--	--	--

Kognitive Entwicklung auffällig

--	--	--

Sozialverhalten auffällig

--	--	--

Emotionalverhalten auffällig

--	--	--

Ärztliche Bemerkungen:

Fragen an die Eltern:

Elternfragebogen auffällig

	nd	
--	----	--

Stunden vor dem Fernseher/PC pro Tag

bis 1

--

1-3

--

mehr als 3

--

Schilddrüsenerkrankungen in der Familie

--	--

Betreuung KITA/KIGA

--

Alleinerziehung

--

Geschwisteranzahl

--

Heilmittel verordnet

--

Die Untersuchung ergab ein
altersgemäß entwickeltes
und gesundes Kind

Altersgemäßer Impfstatus lt. STIKO-Empfehlung:

vollständig

--

keine Impfung

--

--	--	--	--	--	--	--	--

Datum der Untersuchung

Schuleingangsuntersuchung

(von 5 bis 7 Jahren, vor Schulbeginn)

wird von den Kinder- und Jugendärztinnen und Ärzten des **Öffentlichen Gesundheitsdienstes** durchgeführt. Grundlage sind die Schulgesetze und Gesetze des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder

Ziel- und Schwerpunkte:

- Feststellung gesundheitlicher und entwicklungsbedingter Beeinträchtigungen der Schulfähigkeit
 - Beratung der Eltern
 - Beratung der Lehrerinnen und Lehrer
 - Einleitung von unterstützenden Fördermaßnahmen noch vor Schulbeginn
 - Gesundheitsberichterstattung
-

Liebe Eltern,

Sie haben heute oder vor kurzer Zeit Ihr Kind zur Vorsorgeuntersuchung U9 vorgestellt. Bei dieser Untersuchung stand die Früherkennung von bisher nicht erkannten Krankheiten und Störungen im Vordergrund. Es wurde über mögliche Probleme, wenn es notwendig war, diskutiert und gegebenenfalls weitere Untersuchungstermine oder die Einleitung von Therapien besprochen.

Bald kommt Ihr Kind zur Schule. Die nächste anstehende Untersuchung Ihres Kindes ist die Einschulungsuntersuchung. Sie fällt in den Verantwortungsbereich Ihres Gesundheitsamtes, das Ihr Kind und auch Sie zur Einschulungsuntersuchung einladen wird.

Bei dieser Untersuchung wird die Schulärztin oder der Schularzt eine Einschätzung gewinnen, ob Ihr Kind den entsprechenden Entwicklungsstand für den Schulbeginn bereits erreicht hat oder welche Fördermaßnahmen in der Zeit zum Schulbeginn und eventuell darüber hinaus noch notwendig werden. Einige Untersuchungen bei Ihrem Kind kennen Sie bereits aus den Vorsorgeuntersuchungen, andere sind neu und betreffen die Anforderungen, die auf Ihr Kind in der Schule zukommen werden. Sie werden erfahren und beraten, welche Fördermöglichkeiten die Schule Ihrem Kind anbieten kann oder ob zusätzliche Beratungen oder Therapien vor Schulbeginn oder danach noch notwendig sind.

Mit dem Ergebnis dieser Untersuchung durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes kann dann Ihr Kind in die entsprechende Schule aufgenommen werden. Sie werden über die Untersuchungsergebnisse unterrichtet und um Ihr Einverständnis gebeten, die Ergebnisse auch der aufnehmenden Schule mitzuteilen und sie in anonymer Form in den Gesundheitsbericht Ihrer Gemeinde oder des Bundeslandes einzubeziehen.

Die Einschulungsuntersuchung ist in den meisten Bundesländern Deutschlands eine gesetzlich vorgeschriebene Pflichtuntersuchung. Die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte arbeiten mit den Schulärzten als ärztliche Partner im Gesundheitsamt eng zusammen, weil wir alle das Gleiche wollen: die beste Förderung für Ihr Kind.

Ihr Schularzt/ärztin

Ziel- und Schwerpunkte:

- Schulleistungsstörungen
 - Sozialisations- und Verhaltensstörungen
 - Zahn-, Mund- und Kieferanomalien
 - Medienverhalten
-
-

Bewegung/Sportförderung

Unfallprävention

Gewaltprävention

Problematischer Umgang mit Suchtmitteln in der Familie

Allergieprävention

Ernährungsberatung

Medienberatung

Schulberatung

UV-Beratung

Tanner-Bild

Gesundheits-Check U10 (7. bis 8. Lebensjahr)

Nr.:

--	--	--	--	--

(Durchschlagseite)

Praxisstempel

m	w	Geburtsjahr			

Körpergewicht					kg	>90.P. <input type="checkbox"/>	<3.P. <input type="checkbox"/>	WDE <input type="checkbox"/>
Körperlänge					cm	>97.P. <input type="checkbox"/>	<3.P. <input type="checkbox"/>	WDE <input type="checkbox"/>
Körper-Masse-Index						>97.P. <input type="checkbox"/>	<3.P. <input type="checkbox"/>	WDE <input type="checkbox"/>

Genitale Entwicklung Jungen:	PH:	1	2	3	4	5
	G:	1	2	3	4	5
Genitale Entwicklung Mädchen:	PH:	1	2	3	4	5
	B:	1	2	3	4	5

Die Eltern sind mit der Entwicklung ihres Kindes zufrieden

ja	nein
----	------

	Ja	WDE
Sehen und/oder Farbsehen auffällig	nd	
Hörprüfung auffällig	nd	
RR erhöht	nd	
Urin auffällig	nd	
Zähne/Kiefer auffällig		
IgE-spezifische Allergie nachgewiesen		
Asthma bronchiale		
Rhinokonjunktivitis allergica		
Endogenes Ekzem vorhanden		
Mundatmung/Schnarchen		
Angeborene Erkrankungen		
Körperliche Untersuchung auffällig		
Umschriebene Entwicklungsstörungen		
Verhalten auffällig		
Emotionale Kompetenz auffällig		

Ärztliche Bemerkungen:

Fragen an die Eltern:

Elternfragebogen auffällig	nd	
Schilddrüsenerkrankungen i.d. Familie		
Schulleistungsprobleme		
Besuch Grundschule		
Besuch Sonder-/Förderschule		
Besuch Behinderten-/Rehaeinrichtung		
Verdacht auf Sprachentwicklungsstörung		
Verdacht auf Lese-Rechtschreibschwäche		
Verdacht auf Rechenschwäche		
Verdacht auf ADHS		
Alleinerziehung		
Geschwisteranzahl		
Std. körp. Aktivität pro Tag	<=1	1-3 >3
Stunden vor dem Fernseher/PC pro Tag	<=1	1-3 >3

Die Untersuchung ergab ein
altersgemäß entwickeltes
und gesundes Kind

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum der Untersuchung

Altersgemäßer Impfstatus lt. STIKO-Empfehlung:

vollständig		
keine Impfung		

linke Seite U11

- Schulleistungsstörungen
 - Sozialisations- und Verhaltensstörungen
 - Zahn-, Mund- und Kieferanomalien
 - Medienverhalten
-
-

Bewegung/Sportförderung

Unfallprävention

Gewaltprävention

Problematischer Umgang mit Suchtmitteln in der Familie

Allergieprävention

Ernährungsberatung

Medienberatung

UV-Beratung

Gesundheits-Check U11 (9. bis 10. Lebensjahr)

Nr.:

--	--	--	--	--

Praxisstempel

m	w	Geburtsjahr			

Körpergewicht			,		kg	>90.P. <input type="checkbox"/>	<3.P. <input type="checkbox"/>	WDE <input type="checkbox"/>
Körperlänge					cm	>97.P. <input type="checkbox"/>	<3.P. <input type="checkbox"/>	WDE <input type="checkbox"/>
Körper-Masse-Index						>97.P. <input type="checkbox"/>	<3.P. <input type="checkbox"/>	WDE <input type="checkbox"/>

Genitale Entwicklung Jungen:	PH:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	G:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Genitale Entwicklung Mädchen:	PH:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	B:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Die Eltern sind mit der Entwicklung ihres Kindes zufrieden

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

	Ja	WDE
Sehen und/oder Farbsehen auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörprüfung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RR erhöht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähne/Kiefer auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IgE-spezifische Allergie nachgewiesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhinokonjunktivitis allergica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endogenes Ekzem vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundatmung/Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Untersuchung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umschriebene Entwicklungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhalten auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emotionale Kompetenz auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ärztliche Bemerkungen:

Die Untersuchung ergab ein altersgemäß entwickeltes und gesundes Kind

Altersgemäßer Impfstatus lt. STIKO-Empfehlung:

vollständig	<input type="checkbox"/>
keine Impfung	<input type="checkbox"/>
Varizellen geimpft oder durchgemacht?	<input type="checkbox"/>
Pertussis-Auffrischung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--	--	--	--	--

Datum der Untersuchung

linke Seite J1

Ziel- und Schwerpunkte:

- Pubertätsstörungen
- Haltungstörungen
- Strumen
- Risiko-Typ 2 Diabetes
- Metabolisches Syndrom
- Sozialisations- und Verhaltensstörungen

Bewegung/Sportförderung

Unfallprävention

Gewaltprävention

Problematischer Umgang mit Suchtmitteln in der Familie

Allergieprävention

Ernährungsberatung

Sexualität / Antikonzeption / HIV

Melanom-Prävention

Medienberatung

Partnerschaft und Familie

linke Seite J2

Ziel- und Schwerpunkte:

- Pubertätsstörungen
 - Haltungstörungen
 - Strumen
 - Risiko-Typ 2 Diabetes
 - Metabolisches Syndrom
 - Sozialisations- und Verhaltensstörungen
-

Bewegung/Sportförderung

Unfallprävention

Gewaltprävention

Problematischer Umgang mit Suchtmitteln in der Familie

Allergieprävention

Ernährungsberatung

Sexualität / Antikonzeption / HIV

Melanom-Prävention

Medienberatung

Partnerschaft und Familie

Beratung zur Berufswahl

