

Liebe _____ Sie haben mit Ihrer Tochter / Ihrem Sohn _____ am _____ um
 _____ Uhr einen Termin zur **U10 mit 7-8 Jahren**.

Zur Vorbereitung auf diese Untersuchung habe ich den folgenden Fragebogen zusammengestellt. Wenn Sie ihn ausfüllen soweit Sie können, fällt Ihnen vielleicht das eine oder andere auf, was Sie besonders gerne ausführlicher mit mir besprechen möchten!

Schlaf: Mein Kind

- .. schläft mindestens 3 x / Woche schlecht ein / liegt mind. 1 Stunde wach nein ja
- .. wacht mindestens 1 x / Nacht auf und liegt dann mindestens 1 Stunde wach nein ja
- .. schläft nachts mit im Elternbett, obwohl wir das nicht gern sehen nein ja

Ernährung / Verdauung: Mein Kind

.. bekommt zu essen: Tisch- / Familienkost? Vollwertkost? Vegetarisch? Fertignahrung? Fast Food?

- .. ist sehr wählerisch beim Essen nein ja
- .. hat Probleme mit der Verdauung _____ nein ja
- Ich glaube, mein Kind ist unter- oder übergewichtig _____ nein ja
- Mein Kind glaubt, es ist unter- oder übergewichtig _____ nein ja

Sprache: Mein Kind

- .. spricht so, dass andere es verstehen können ja nein
- .. kann alle Laute und auch Zungenbrecher nachsprechen und bildet vollständige Sätze ja nein
- .. kann Begebenheiten und Geschichten so erzählen, dass Außenstehende es verstehen ja nein
- .. kann sich Lieder und Kindergedichte mit mehreren Strophen merken ja nein
- kann Name und Adresse angeben „diskutiert“ und „verhandelt“ mit mir

Wie lange schaut Ihr Kind am Tag Bücher an, liest oder bekommt vorgelesen? gar nicht weniger als ½ Stunde
 ½ -2 Stunden mehr als 2 Stunden
 auch alleine nur mit Ihnen zusammen

Wie lange schaut Ihr Kind fernsehen am Tag oder beschäftigt sich am Computer? gar nicht weniger als ½ Stunde
 1-3 Stunden mehr als 3 Stunden
 auch alleine nur mit Ihnen zusammen

Wahrnehmung: Mein Kind

- .. unterscheidet Materialien und „experimentiert“ mit ihnen ja nein
- .. Kann Gegenstände klar ihrer Funktion zuordnen ja nein
- .. hat Freude an Geschicklichkeits- und Merkspielen, es kann sich gut konzentrieren ja nein
- .. hat Freude am Lösen von Aufgaben und bleibt längere Zeit bei der Sache ja nein
- .. ist wissbegierig und fragt viel nach ja nein
- .. unterscheidet rechts und links sicher ja nein
- .. hat Freude an Gesellschaftsspielen mit komplexeren Regeln und ist ehrgeizig ja nein

Verhalten: Mein Kind

- .. ist im Alltag (Hilfe im Haushalt, Einkaufen, Schulsachen richten) schon sehr selbständig ja nein
- .. kann sich gut an Regeln halten, kennt „Respekt“ und kann ausreichend stillsitzen ja nein
- .. hat im Spiel mit anderen Kindern Freude daran, eigene Ideen umzusetzen ja nein
- .. es geht in die Grundschule und den Hort, es hat feste Freunde zum Spielen ja nein
- .. beschäftigt sich auch gut alleine ja nein
- .. kann sich mit Erwachsenen und Kindern gleichermaßen gut unterhalten ja nein
- .. hat vor vielen Dingen _____ Situationen _____
 Kindern Erwachsenen panische Angst nein ja
- .. macht sich sehr viel Sorgen und wird davon sogar krank (z.B. Bauch-, Kopfschmerzen) nein ja
- .. streitet sich sehr aggressiv und macht viel kaputt nein ja
- .. hat dabei andere bereits ernsthaft verletzt nein ja
- .. ist aggressiv gegen sich selbst nein ja
- .. hat vor nichts Angst / zu wenig Angst, kann Gefahren nicht einschätzen nein ja
- .. spielt mitunter sehr riskant und risikofreudig nein ja
- .. wirkt oft sehr nervös nein ja
- .. handelt häufig sehr übereilt und vorschnell, ohne viel zu überlegen nein ja
- .. ist übermäßig ordentlich und muss immer alles kontrollieren nein ja

- .. ist ständig ungehorsam, mehr als andere Kinder nein ja
.. wirkt oft niedergeschlagen und in sich gekehrt nein ja
.. ist schon einmal von zuhause weggelaufen nein ja
.. hat schon einmal etwas genommen, was nicht ihm gehört (geklaut) nein ja
Wenn ja: Geld? Sachgegenstand zuhause?
 im Kindergarten, Hort, der Schule, Sportverein? bei Freunden?
.. ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umwelt, starrt ins Leere, reagiert nicht nein ja
.. hat mehr als 2 Mal im letzten halben Jahr die Hose oder Bett nass gemacht nein ja
.. hat mehr als 1 Mal im letzten halben Jahr eingekotet nein ja
.. hat häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen nein ja
.. hat eine andere chronische Erkrankung, und zwar _____ nein ja
.. nimmt regelmäßig Medikamente ein, und zwar _____ nein ja
.. ist zwar gesund, hat aber ständig Angst, es könnte krank sein nein ja
.. macht sich bereits Gedanken um sein Gewicht nein ja
Ich habe den Eindruck, mein Kind kommt bereits in die Pubertät! ja ja

Geschicklichkeit: Mein Kind

- .. malt und schreibt gern (Bitte bringen Sie ein Bild mit Haus, Baum und Mensch und eine Schriftprobe mit) ja nein
.. bastelt gern und fantasievoll und kann gut mit der Schere schneiden ja nein
.. schreibt Buchstaben und Zahlen ohne Probleme (kein Schreibkrampf etc.) ja nein
.. lernt ein Musikinstrument, und zwar _____ ja nein
.. isst allein mit Messer und Gabel, ohne kleckern ja nein
.. ist Rechtshänder Linkshänder

Körperkontrolle: Mein Kind ...

- .. kann mit beiden Beinen und mit einem Bein ein Hindernis bis _____cm überhüpfen ja nein
.. kann auf der Stelle und wiederholt rechts/links hin- und herhüpfen ja nein
.. kann 10 Sekunden mit geschlossenen Augen auf einem Bein stehen ja nein
.. kann auf einem schmalen Balken 8 Schritte vorwärts rückwärts balancieren ja nein
.. kann Springseil springen ja nein
.. fährt sicher Fahrrad:
.. fährt Rollschuhe, Inliner o.ä. _____
.. hat „das Seepferdchen“ ja, hat das „Schwimmabzeichen Bronze“/den Freischwimmer
Mein Kind macht auch außerhalb der Schule Sport: ja nein
wenn ja, was und seit wann? _____

Hören und Sehen:

- Hatten Sie je den Eindruck, dass Ihr Kind schlecht sieht? nein ja
War Ihr Kind schon einmal beim Augenarzt? nein ja
Hatten Sie je den Eindruck, dass Ihr Kind schlecht hört? nein ja
Hat Ihr Kind häufig Mittelohrentzündungen? nein ja
Fragt Ihr Kind oft nach, weil es etwas nicht verstanden hat? nein ja
Befolgt Ihr Kind auch Aufforderungen, wenn es Sie nicht sieht (z.B. wenn Sie in einem anderen Zimmer sind, aber die Türen offen sind)? ja nein
Stellt Ihr Kind den Fernseher und das Radio oft lauter? nein ja
Kann Ihr Kind erkennen, von wo ein Geräusch kommt? ja nein
War Ihr Kind schon einmal beim Hals-Nasen-Ohrenarzt? nein nein
Ist bei Ihrem Kind schon einmal ein Hörtest gemacht worden? ja, und zwar _____ nein

Vorsorgliche Behandlungen:

- Hat Ihr Kind die D-Fluorette/Vigantolette/Vigantolöl bekommen? ja nein
Wie lange? _____
Führen Sie jetzt eine Kariesprophylaxe mit Fluorid (Zahnpasta) durch? ja nein

Ein paar Fragen zur Familie: Gibt es Ihrer Familie:

1. schweres Übergewicht ja nein 2. Zuckerkrankheit ja nein 3. Schilddrüsenerkrankung ja nein
4. Bluthochdruck ja nein 5. Cholesterin- oder andere Blutfettprobleme ja nein,
Wenn ja, wer und was: _____

Worüber möchten Sie gerne ausführlicher mit mir sprechen? _____