

Liebe \_\_\_\_\_ Sie haben mit Ihrer Tochter / Ihrem Sohn \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr einen Termin zur **Vorsorgeuntersuchung U9**.

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? 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

**Sprache:** Mein Kind

- .. spricht bereits so, dass andere es verstehen können  ja  nein  
.. kann alle Laute und auch schon Zungenbrecher nachsprechen  ja  nein  
..  bildet Nebensätze  verwendet: ich, mein, du, dein  kann Geschichten nacherzählen  
z. B.: „Wenn Papa kommt, gehen wir zum Spielplatz“  
..  Sachverhalte erklären, sodaß ein Erwachsener es versteht  fragt nach Zusammenhängen (warum?)  
 kann Name und Adresse angeben  kann einige Kinderlieder und Reime  
 „diskutiert“ und „verhandelt“ mit mir  
.. spielt lebhaft Rollenspiele  ja  nein  
.. hat einen Fantasiefreund, mit dem es sich auch unterhält  ja  nein  
Wie lange schaut Ihr Kind am Tag Bilderbücher an?  noch 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 ...

- .. erkennt alle Farben und kann sie benennen  ja  nein  
.. Kann Gegenstände nach Eigenschaften sortieren  ja  nein  
.. setzt ein 25-Teiliges Puzzle selbständig zusammen  ja  nein  
.. setzt ein 50-Teiliges Puzzle selbständig zusammen  ja  nein  
.. kann zählen  ja  nein  
.. kann rechts und links unterscheiden  ja  nein  
.. kann schon einfache Finger-Geschicklichkeitsspiele  ja  nein

**Verhalten:** Mein Kind ...

- .. zieht sich ohne Anleitung alleine an?  ja  nein  
.. kann zuknöpfen, den Reißverschluß schließen, Schleife binden, Perlen auffädeln?  ja  nein  
.. trennt sich gut von mir und bleibt einige Zeit bei anderen (Freunde, Kindergarten...)  ja  nein  
.. es geht  zur Tagesmutter  in einen Spielkreis  in den Kindergarten  
.. hat Freunde, mit denen es regelmäßig spielt  ja  nein  
.. beschäftigt sich Kind auch zuhause bis zu 1 Stunde alleine  ja  nein  
.. kann sich gut auf das Spielen konzentrieren  ja  nein  
.. hat vor vielen Dingen panische Angst  nein  ja  
.. ist übermäßig schreckhaft  nein  ja  
.. hat vor allen Erwachsenen große Angst  nein  ja  
.. reagiert panisch, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird  nein  ja.. ist  
.. ist ungewöhnlich aggressiv  nein  ja

- .. hat vor nichts Angst / zu wenig Angst, kann Gefahren nicht einschätzen  nein  ja  
.. spielt mitunter sehr riskant und risikofreudig  nein  ja  
.. ist sehr unempfindlich gegenüber Schmerzen  nein  ja  
.. macht ungewöhnlich viel kaputt  nein  ja  
.. hat täglich Wutanfälle  ja  nein  
.. ist zuhause ständig ungehorsam  nein  ja  
.. spricht fast jede fremde Person an  nein  ja  
.. geht nach sehr kurzer Zeit mit jeder Fremden Person mit  nein  ja  
.. wehrt sich gegen Zärtlichkeit / will nicht schmuse  nein  ja  
.. ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umwelt, starrt ins Leere, reagiert nicht  nein  ja
- .. ist tags sauber, nachts geht das „große Geschäft“ noch in die Hose  ja  nein  
.. ist tags und nachts sauber  ja  nein  
.. ist tags trocken, nachts ist es noch regelmäßig nass  ja  nein  
.. ist tags und nachts trocken  ja  nein

**Geschicklichkeit:** Mein Kind ...

- .. malt gern (Bitte bringen Sie zur Untersuchung ein Bild mit Haus, Baum und Mensch mit)  ja  nein  
.. bastelt gern und kann gut mit der Schere schneiden  ja  nein  
.. knetet Tiere, Schüsseln, Inhalt für Schüsseln etc.  ja  nein  
.. schraubt Schrauben und schließt mit dem Schlüssel, hat Freude am Handwerken  ja  nein  
.. isst allein mit Messer und Gabel, kleckert nur wenig  ja  nein  
.. ist  Rechtshänder  Linkshänder

**Körperkontrolle:** Mein Kind ...

- .. geht ohne festhalten die Treppe flott und mit beiden Füßen abwechselnd hinunter  ja  nein  
.. schaukelt gern und holt selbst Anschwung  ja  nein  
.. springt mit beiden Füßen gleichzeitig vom Stuhl  ja  nein  
.. kann auf der Stelle und wiederholt rechts/links hin- und herhüpfen  ja  nein  
.. kann 10 Sekunden auf einem Bein stehen und auf einem Bein hüpfen  ja  nein  
.. kann auf Zehenspitzen 3 m vorwärts und 3 m rückwärtsgehen  ja  nein  
.. kann auf Hacken 3 m vorwärts und 3 m rückwärtsgehen  ja  nein  
.. kann einen Purzelbaum/eine Rolle vorwärts und „Hampelmannhüpfen“  ja  nein  
.. kann auf einem Balken  vorwärts  rückwärts balancieren  ja  nein  
..  fährt Dreirad  fährt Roller  fährt Fahrrad mit/ohne Stützrädern  ja  nein  
Mein Kind geht zum Kinderturnen o.ä.  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

**Fragen:**

Worüber möchten Sie gerne ausführlicher mit mir sprechen? \_\_\_\_\_