

Liebe _____ Sie haben mit Ihrer Tochter / Ihrem Sohn
_____ am _____ um _____ Uhr einen Termin zur

Vorsorgeuntersuchung U6

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 ...

- .. kennt ein regelmäßiges „Gute Nacht Ritual“ mit Geschichte / Lied etc. ja nein
- .. schläft problemlos fast jede Nacht durch ja nein
- .. schläft in der Regel problemlos ein ja nein
- Weint Ihr Kind manchmal nachts ohne erkennbaren Grund und ist dann schwer zu beruhigen? ja nein

Ernährung / Verdauung: Mein Kind ...

- .. bekommt noch die Flasche ja und zwar: _____ nein
- .. verlangt nachts noch zu Trinken und bekommt Wasser, Milch nein
- .. bekommt zu essen (Familienkost / Mischkost, Babygläschen, nur Püriertes, vegetarisch, etc.):

 ja nein
- .. ist ausgesprochen wählerisch beim Essen ja nein
- Ich habe das Gefühl, dass mein Kind untergewichtig / übergewichtig ist ja nein
- .. trinkt am Tag weniger als 0,5 l zwischen 0,5 und 1 l mehr als 1 l mehr als 2 l
- .. hat am Tag _____ mal Stuhlgang
- .. hat häufig Probleme mit festem Stuhlgang ja nein
- .. neigt zu Durchfällen ja nein
- Wenn ja: trinkt Ihr Kind viel Säfte / insbesondere Apfelsaft? ja nein

Sprache: Mein Kind ...

- ... plappert schon mit Silbenverdoppelungen (dada, gaga, babababa) ja nein
- .. macht Sprache nach, imitiert Sprachlaute „hält Reden in seiner Sprache“ ja nein
- .. sagt bereits „Mama“ und „Papa“, aber wir sind nicht sicher, ob es uns meint ja nein
- .. sagt bereits „Mama“ und „Papa“ und meint uns auch damit ja nein
- .. reagiert bereits, wenn es bei seinem Namen genannt wird ja nein
- .. versteht schon Verbote („nein-nein“) ja nein

Verhalten: Mein Kind ...

- .. macht Wünsche auch ohne Schreien deutlich ja nein
- .. klatscht schon in die Hände oder kann winken ja nein
- .. spielt schon Ball mit mir (kullern, erste Versuche zu werfen) ja nein
- .. versucht, fast alles in dem Mund zu stecken ja nein
- .. leckt seinen Breilöffel gut ab ja nein
- .. versucht bereits, alleine mit dem Löffel zu essen und kleckert nur noch wenig ja nein
- .. kann schon aus der vorgehaltenen Tasse trinken ja nein
- .. reagiert auf Schimpfen ja nein
- .. hört bei Zuspruch auf zu weinen ja nein
- .. hat bereits heftige Wutanfälle und ist dann schwer zu beruhigen ja nein
- .. geht bereits zur Tagesmutter, Krabbelgruppe Kinderkrippe
Wenn ja, bleibt es dort problemlos alleine? ja nein
- .. geht zum Kinderturnen, Babyschwimmen, musikalischer Früherziehung o.ä.
wenn ja, was seit wann? _____ ja nein
- .. geht bereits zur Tagesmutter, Krabbelgruppe Kinderkrippe ja nein

- Wenn ja, bleibt es dort problemlos alleine? ja nein
 .. geht zum Kinderturnen, Babyschwimmen, musikalischer Früherziehung o.ä. ja nein
 wenn ja, was seit wann? _____

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

Geschicklichkeit: Mein Kind ...

- .. greift nach kleinen Dingen (Fusseln) mit Daumen und Zeigefinger? ja nein
 .. nimmt zwei Dinge gleichzeitig vom Tisch („jede Hand eins“) ja nein
 .. schlägt zwei Bauklötzchen zusammen ja nein
 .. schüttelt interessante Gegenstände ja nein
 .. schüttet schon Dinge aus (Rosinen aus einer Flasche, Bauklötze aus einem Topf)? ja nein
 .. befühlt und untersucht Gegenstände ja nein
 .. versucht Spielzeug zu erreichen, das relativ weit weg liegt? ja nein

Stehen und Laufen: Mein Kind ..

- .. sitzt schon sicher ja nein
 Im Sitzen auf dem Boden sind die Beine:
 nach vorne ausgestreckt, gebeugt, untergeschlagen eins untergeschlagen, eins gestreckt
 .. sitzt problemlos auf einem Stuhl ja nein
 .. kann sich schon alleine hinsetzen ja nein
 .. robbt, krabbelt, rollt oder rutscht auf dem Po, um vorwärts zu kommen ja nein
 .. zieht sich schon an Möbeln hoch in den Stand ja nein
 .. läuft bereits an Möbeln entlang ja nein
 .. läuft bereits schon frei ja nein
 .. krabbelt / geht alleine die Treppe hinauf ja nein
 .. kickt im Stand schon einen Ball o.ä. ja nein

Wahrnehmung, Hören und Sehen: Mein Kind ..

- .. verfolgt fallenden Gegenstand / gehende Person mit den Augen ja nein
 .. betrachtet seine Hände ja nein
 .. lacht sein Spiegelbild an und betatscht es ja nein
 .. greift nach hingehaltenem Spielzeug ja nein
 .. sieht auch kleinste Fusseln und sammelt sie auf ja nein
 Hatten Sie je den Eindruck, dass Ihr Kind schlecht sieht? ja nein
 War Ihr Kind schon einmal beim Augenarzt? ja nein
 .. lauscht, wenn es Schritte hört ja nein
 .. wendet den Kopf, wenn jemand neben ihm flüstert ja nein
 .. dreht den Kopf direkt dorthin, wo der Ton herkommt ja nein
 .. sucht, woher die Musik kommt, auch wenn die Lautsprecher oberhalb seines Kopfs stehen ja nein
 .. versteht bereits eine Wortbedeutung, wenn ja, welche _____ ja nein
 ... hat Ihr häufig Mittelohrentzündungen ja nein
 Hatten Sie je den Eindruck, dass Ihr Kind schlecht hört? ja nein
 War Ihr Kind schon einmal beim Hals-Nasen-Ohrenarzt? ja nein
 Ist bei Ihrem Kind schon einmal ein Hörtest gemacht worden? ja nein
 Wenn ja, wann? _____

Vorsorgliche Behandlungen:

- Bekommt Ihr Kind die D-Fluorette / Vigantolette / Vigantolöl / Dekristol? ja nein
 Hat Ihr Kind schon einen Zahn / Zähne? ja nein
 Wenn ja: Beugen Sie Karies durch Verwendung einer Fluorid-haltigen Zahncreme vor? ja nein

Fragen: Worüber möchten Sie gerne ausführlicher mit mir sprechen?