

Liebe _____ Sie haben mit Ihrer Tochter / Ihrem Sohn _____ am
_____ um _____ Uhr einen Termin zur **Vorsorgeuntersuchung U5**

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 in der Regel problemlos in seinem eigenen Bettchen ein ja nein
- .. schläft bereits fast jede Nacht durch ja nein
- ...schläft im eigenen Bettchen im elterlichen Schlafzimmer ja nein
- ... schläft im eigenen Bettchen im eigenen Zimmer ja nein
- .. schläft im Elternbett nein ja

Ernährung / Verdauung: Mein Kind

.. bekommt zu essen (Stillen, Babynahrung –welche? Gläschen, selbst gekocht? Wie oft? Wie viel?):

- .. ist sehr wählerisch beim Essen nein ja
- .. hat Probleme mit der Verdauung _____ nein ja
- .. 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 nein ja
- .. neigt zu Durchfällen nein ja
- Ich glaube, mein Kind ist unter- oder übergewichtig _____ nein ja

Verhalten: Mein Kind ...

- .. spielt bereits einige Zeit zufrieden ja nein
- .. zeigt deutlich, wenn es sich freut ja nein
- .. wirkt gelegentlich schon bockig / zornig (z.B. bei Wegnahme eines begehrten Spielzeugs) ja nein
- .. fremdelt (zurückhaltend ggü. fremden Personen, muß erst vertraut werden) ja nein
- .. fremdelt stark (anhaltendes Schreien auf dem Arm fremder Personen) ja nein
- .. schreit oft anhaltend ohne erkennbaren Grund ja nein
- .. wirkt oft unbeteiligt / apathisch, reagiert nicht recht auf Ansprache ja nein
- .. lacht nie ja nein

Mein Kind geht bereits zur Tagesmutter, Krabbelgruppe Kinderkrippe

Wenn ja, bleibt es dort problemlos alleine? ja nein

Mein Kind geht zum Babyturnen Babyschwimmen, PEKiP,

musikalischen Früherziehung (Musikgarten o.ä.) o.ä. _____ ja nein

wenn ja, was seit wann? _____

Mein Kind ist bei uns im Zimmer, wenn wir fernsehen

nein ja

wenn ja: ca. _____ Stunden / Tag

Mein Kind ...

- .. saugt, schluckt und weint (mit Tränen) ja nein
- .. „meldet“ sich auch anders, als mit weinen ja nein
- .. sagt „cha“, „gör“, „grr“, „öh“, „eku“, „erre“ ja nein
- .. kichert, lacht und quietscht ja nein
- .. schluckt seine eigene Spucke mit geschlossenem Mund herunter ja nein
- ;;;„antwortet“ durch Laute ja nein

Wahrnehmung, Hören, Sehen: Mein Kind ...

.. schielt, wenn es etwas in der Nähe betrachtet, aber nicht, wenn der Gegenstand weiter weg ist

ja nein

- .. schielt immer nein ja
.. folgt mit den Augen, wenn sich etwas bewegt ja nein
.. betrachtet das Gesicht von Personen, die sich mit ihm beschäftigen ja nein
.. lacht sein Spiegelbild an ja nein
.. ergreift Dinge, hält sie in der Hand und betrachtet sie ja nein
.. sieht Rosine o.ä. auf dem Tisch ja nein
.. spielt schon „Verstecken“ / Guck-guck ja nein
.. erschrickt bei lauten, plötzlichen Geräuschen ja nein
.. reagiert auch im Schlaf auf Geräusche ja nein
.. „lauscht“ auf leise Töne, hält inne ja nein
.. wendet sich dem Sprechenden zu, sieht ihn an ja nein
.. lauscht auf Musik, Gesang ja nein
.. sucht die Herkunft eines Tons durch Kopfwenden ja nein
.. hat Spaß an Rasseln etc. ja nein
War Ihr Kind schon einmal beim Augenarzt? nein ja
War Ihr Kind schon einmal beim Hals-Nasen-Ohrenarzt? nein ja
Ist bei Ihrem Kind schon einmal ein Hörtest gemacht worden? ja, und zwar _____ nein

Geschicklichkeit: Mein Kind ...

- .. ergreift Spielzeug ja nein
.. reicht Spielzeug von einer Hand in die andere ja nein
.. widersteht der Wegnahme des Spielzeugs ja nein
.. greift auch nach kleinen Gegenständen ja nein
.. steckt alles in den Mund ja nein
.. beugt und streckt die Ärmchen ja nein
.. zupft an seiner Kleidung (zieht seine Socken aus, ergreift Bändchen o. Applikationen etc ...) ja nein
.. spielt mir den Händchen ja nein
.. fasst seine Knie an ja nein
.. fasst seine Füße an, spielt mit ihnen ja nein
.. steckt seine Füße in den Mund ja nein

Körperkontrolle: Mein Kind ...

- .. strampelt in Rückenlage gleichmäßig rechts und links ja nein
.. bewegt sich in Bauchlage gleichmäßig rechts und links ja nein
.. dreht sich schon vom Rücken auf den Bauch ja nein
.. hebt den Kopf in Bauchlage und stößt sich mit den Füßen an einem Widerstand ab ja nein
.. macht in Bauchlage Schwimmbewegungen ja nein
.. stützt sich schon auf dem Unterarm / der Hand auf in Bauchlage ja nein
.. versucht in Bauchlage nach Spielzeug außerhalb der Reichweite zu greifen ja nein
.. hält das Köpfchen sehr gut, wenn es bei mir auf dem Arm ist ja nein
.. sitzt schon frei ja nein
.. stützt sich nach vorn / zur Seite ab, wenn es im Sitzen umzufallen droht ja nein
.. dreht sich vom Bauch auf den Rücken ja nein
.. robbt / rollt sich bereits durch das Zimmer ja nein
.. kann sich schon selbst hinsetzen ja nein

Vorsorgliche Behandlungen:

- Bekommt Ihr Kind Vitamin D (D-Fluorette / Vigantolette / Dekristol / D-Vit. / Vigantöl) 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? _____