

Diese Seite füllen die Eltern aus

Elternfragebogen — Vorsorge U6



Bitte ausfüllen:

Patientenname: _____ **Geburtsdatum:** _____ **Alter:** _____

Was isst Ihr Kind?: _____ Was trinkt Ihr Kind: _____

Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang?: _____ Ist der Stuhl auffällig?: Nein Ja

Reagiert Ihr Kind auf laute Töne?: Nein Ja

Schnarcht Ihr Kind regelmäßig?: Nein Ja

War Ihr Kind seit der letzten Vorsorge bei einem

Augenarzt HNO-Arzt Hautarzt Sonstiges: _____ Anlass: _____

Gab es Ereignisse oder Veränderungen? (gesundheitlich / familiär): _____

Geht Ihr Kind in den Kindergarten? (Welchen?): _____

Geht Ihr Kind in die KiTa (Welche?): _____

Geht Ihr Kind zur Tagesmutter? (Welche?): _____

Wieviele Tage / Woche?: _____ Wieviele Stunden / Tag?: _____

Wer betreut Ihr Kind sonst noch?: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig an einer Gruppe teil?

z.B. Babyschwimmen Krabbelgruppe Kindersingen Sonstige: _____

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind am Tag mit...

dem Fernsehen: _____

dem Tablet/Handy: _____

Computer- oder Videospiele: _____

Büchern: _____

Diese Seite füllt das Praxispersonal aus

Untersucherbogen — Vorsorge U6

US = untersucht
KM = keine
Mitarbeit
LE = Laut Eltern
KA = keine
Angaben
M = Meilenstein

Untersucherin: _____ Patient: _____
Untersuchungsdatum: _____

Alter in Monaten: _____

Grobmotorik:

US ja US nein KM LE ja LE nein KA

Kann das Kind ohne Halt sitzen ?

Kann das Kind mit Halt stehen ?

Kann das Kind kurz frei stehen ?

Zieht sich das Kind in den Stand auf ?

Läuft das Kind gehalten oder frei?

Dreht sich das Kind flüssig vom Bauch auf
den Rücken und zurück?

Feinmotorik:

US ja US nein KM LE ja LE nein KA

Klopft das Kind zwei Klötzchen zusammen ?

Greift das Kind mit Pinzettengriff ?

Greift das Kind mit Daumen-Finger-Griff ?

Sprachentwicklung:

US ja US nein KM LE ja LE nein KA

Reagiert das Kind auf seinen Namen ?

Ahmt das Kind Sprachlaute / Worte nach?

Ungezielte Silbenworte/Lautketten (z.B. maba) ?

Benennt das Kind Mama und Papa gezielt ?

Kann das Kind sonstige Worte? Wieviele?

Sozial/Emotional

US ja US nein KM LE ja LE nein KA

Kann das Kind alleine aus der Flasche trinken?

Trinkt das Kind aus einer Tasse ?

Unterscheidet es zwischen Bekannten &
Fremden?

Freut es sich über andere Kinder?

Amblyopiescreening opB auffällig abgelehnt regelm. bei Augenarzt Eltern überlegen noch

Bemerkungen: