

Elternfragebogen — Vorsorge U7

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

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

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

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes insgesamt zufrieden? Nein Ja

Putzen Sie ihrem Kind die Zähne? Nein Ja, Wie?: _____

Reagiert Ihr Kind auf laute und leise Töne?: Nein Ja

Schnarcht Ihr Kind regelmäßig?: Nein Ja

Sie Sie mit der Sprachentwicklung zufrieden? Nein Ja

Wird Ihr Kind von der Umgebung verstanden? Nein Ja

Lutscht Ihr Kind regelmäßig Schnuller/Daumen? Nein Ja

Stottert Ihr Kind? Nein Ja

War Ihr Kind seit der letzten Vorsorge bei einem Arzt oder Therapeuten?

Augenarzt HNO-Arzt Hautarzt Sonstiges: _____ Anlass: _____

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

Geht Ihr Kind in den Kindergarten / in die Kita / Tagesmutter? (Welche?): _____

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

Wer betreut Ihr Kind sonst noch?: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig an einer Gruppe teil?

z.B. Kinderturnen Kindersingen Sonstige: _____

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind am Tag mit...

Fernsehen: _____ Tablet/Handy: _____ Computer- oder Videospiele: _____ Büchern: _____

Vielen Dank !

→ Nur von Praxismitarbeiterinnen / -mitarbeitern auszufüllen

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

Untersucherbogen — Vorsorge U7

Untersucherin: _____ Patient: _____

Untersuchungsdatum: _____ Alter in Monaten: _____

Grobmotorik: US ja US nein KM LE ja LE nein KA

Kann längere Zeit frei und sicher gehen ?
Kann es Stufen im Kinderschritt hinuntergehen,
hält sich mit Hand fest?

Feinmotorik: US ja US nein KM LE ja LE nein KA

Malt flache Spirale?
Kann Bonbons oder kleine Gegenstände
Auswickeln/auspacken?

Sprachentwicklung: US ja US nein KM LE ja LE nein KA

Einwortsprache(wenigstens 10 richtige Wörter
Ohne Mama und Papa)?
Versteht und befolgt einfache Aufforderungen?
Drückt durch Gestik oder Sprache(Kopfschütteln
Oder Nein sagen) aus, was es ablehnt?
Drückt durch Gestik oder Sprache(Kopfschütteln
Oder Nein-Sagen) aus, was es ablehnt?
Zeigt oder blickt auf 3 Benannte Körperteile?

Perzeption / Kognition: US ja US nein KM LE ja LE nein KA

Stapelt 3 Würfel?
Zeigt im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände?

Sozial/Emotional US ja US nein KM LE ja LE nein KA

Bleibt etwa 15 min alleine, auch wenn Mutter/
Vater nicht im Zimmer aber nahe sind?
Kann mit dem Löffel essen?
Hat Interesse an anderen Kindern?

Interaktion/Kommunikation: US ja US nein KM LE ja LE nein KA

Versucht Eltern irgendwohin zu ziehen

Amblyopiescreening opB auffällig abgelehnt regelm. bei Augenarzt Eltern überlegen noch

Bemerkungen:

SBE-2-KT

Sprachbeurteilung durch Eltern Kurztest für die U7 (SBE-2-KT)

W. v. Suchodoletz & S. Sachse

Name des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

Junge Mädchen

Geb.-Datum: _____

Datum, an dem der Fragebogen ausgefüllt wurde : _____

Alter (in Monaten am Tag des Ausfüllens): _____

Bogen ausgefüllt von: Mutter Vater beiden Eltern sonstig

falls sonstige Person – wer?: _____

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf? nein ja

falls ja, welche Sprachen? _____

Hier finden Sie eine Wortliste. Bitte kreuzen Sie alle die Wörter an, die Sie häufiger von Ihrem Kind gehört haben. Dabei sollten aber nur Wörter angekreuzt werden, die Ihr Kind selbst verwendet und nicht solche, die es nur nachspricht oder nur versteht. Kreuzen Sie bitte auch Wörter an, die Ihr Kind etwas anders ausspricht (z.B. „nane“ statt „Banane“ oder „Tuchen“ statt „Kuchen“). Falls Ihr Kind ein ähnliches Wort benutzt (z.B. „Mieze“ für „Katze“), schreiben Sie dies bitte daneben.

Noch ein Hinweis: Der Wortschatz von zweijährigen Kindern ist sehr unterschiedlich. Es kann also durchaus sein, dass Ihr Kind nur einige dieser Wörter spricht. Auch wird es vermutlich noch andere, hier nicht aufgeführte Wörter sprechen.

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hallo | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Auto | <input type="checkbox"/> Opa | <input type="checkbox"/> Ball |
| <input type="checkbox"/> danke | <input type="checkbox"/> mein | <input type="checkbox"/> bitte |
| <input type="checkbox"/> Boot | <input type="checkbox"/> Buch | <input type="checkbox"/> Zug |
| <input type="checkbox"/> Apfel | <input type="checkbox"/> Banane | <input type="checkbox"/> Gurke |
| <input type="checkbox"/> Brot | <input type="checkbox"/> Butter | <input type="checkbox"/> Milch |
| <input type="checkbox"/> Kuchen | <input type="checkbox"/> Keks | <input type="checkbox"/> Eier |
| <input type="checkbox"/> Fisch | <input type="checkbox"/> Maus | <input type="checkbox"/> Baum |
| <input type="checkbox"/> Katze | <input type="checkbox"/> Pferd | <input type="checkbox"/> Hase |
| <input type="checkbox"/> Affe | <input type="checkbox"/> Bär | <input type="checkbox"/> Ente |
| <input type="checkbox"/> Hose | <input type="checkbox"/> Jacke | <input type="checkbox"/> Schuhe |
| <input type="checkbox"/> Auge | <input type="checkbox"/> Bauch | <input type="checkbox"/> Hand |
| <input type="checkbox"/> Ohr | <input type="checkbox"/> Mund | <input type="checkbox"/> Nase |
| <input type="checkbox"/> baden | <input type="checkbox"/> essen | <input type="checkbox"/> malen |
| <input type="checkbox"/> Licht | <input type="checkbox"/> kalt | <input type="checkbox"/> nass |
| <input type="checkbox"/> raus | <input type="checkbox"/> runter | <input type="checkbox"/> weg |
| <input type="checkbox"/> Bett | <input type="checkbox"/> Stuhl | <input type="checkbox"/> Schnuller |
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Haare | <input type="checkbox"/> Schlüssel |
| <input type="checkbox"/> Tür | <input type="checkbox"/> Uhr | <input type="checkbox"/> Wasser |

Benutzt Ihr Kind schon Wortverbindungen von zwei oder mehr Wörtern, wie z. B. *Mama Buch, Baby spielen, das da rein?*

- nein ja

Bemerkungen: _____



Auswertungsanleitung zum Mannheimer Elternfragebogen MEF für das Kleinkindalter zu Päd.Check® 2.0 und Päd.Check® 3.0



Günter Esser und Manfred Laucht
Mannheimer Elternfragebogen MEF

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt von: _____ am: _____

Kreuzen Sie bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Ihrem Kind in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. Machen Sie bitte **nur ein Kreuz in jeder Zeile**, setzen Sie die Kreuze nur auf die Kästchen, nicht in die Zwischenräume und **lassen Sie bitte keine Frage aus**. Sollte Ihr Kind zur Zeit Medikamente erhalten, die sein Verhalten verändern, beantworten Sie bitte die Fragen so, wie sich Ihr Kind verhält, wenn es keine Medikamente erhält.

Mein Kind ...	stimmt nicht	stimmt nicht
1. kann mindestens dreimal pro Woche schlecht einschlafen (liegt mindestens 1 Stunde wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. wacht mindestens einmal pro Nacht auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. schläft nachts mit im Elternbett, obwohl wir das nicht gern sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. hat meistens nur wenig Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ist untergewichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ist extrem wählerisch beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. kann sich schlecht von der Mutter trennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dabei kommt es zu langem Schreien oder Weinen (mind. eine Viertelstunde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. hat vor vielen Dingen panische Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ist überaus schreckhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ist mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. hat täglich einen Wutanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ist zu Hause ständig ungehorsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. zerstört häufig Gegenstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. hat große Angst vor fremden Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. spricht fast jede fremde Person an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. geht schon nach kurzer Zeit mit fremder Person überall mit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>