

Liebe Eltern, bitte füllen Sie nachfolgend nur die hellen Seiten aus.



Elternfragebogen — Vorsorge U8

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

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

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

Geht ihr Kind regelmäßig zum Zahnarzt? Nein Ja

Fährt Ihr Kind Laufrad? Nein Ja

Fährt Ihr Kind Fahrrad ohne Stützräder? Nein Ja

Sie Sie mit der Sprachentwicklung zufrieden? Nein Ja

Wird Ihr Kind von der Umgebung verstanden? Nein Ja

Schnarcht Ihr Kind regelmäßig?: 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 (Welchen?): _____

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
KA = keine
Angaben
M = Meilenstein

Untersucherbogen — Vorsorge U8

Untersucherin: _____ Patient: _____

Untersuchungsdatum: _____ Alter in Monaten: _____

Grobmotorik:

US ja US nein KM LE ja LE nein KA

Bewegt Laufrad oder ähnliches Fahrzeug sicher und zielgerichtet?

Hüft über ein DIN A4 Blatt

Feinmotorik:

US ja US nein KM LE ja LE nein KA

Hält Mal-Zeichenstift zwischen 3 Fingern?

Zeichnet geschlossene Kreise?

US ja US nein KM LE ja LE nein KA

Sprachentwicklung:

Spricht 6-Wortsätze in Kindersprache?

Kann Geschichten etwa in zeitlichem und logischem Verlauf wiedergeben?

US ja US nein KM LE ja LE nein KA

Perzeption / Kognition:

Fragt warum, wie, wo, wieso, woher?

US ja US nein KM LE ja LE nein KA

Sozial/Emotional

Kann sich selbst an- und ausziehen?

Gießt Flüssigkeiten ein?

Bei alltäglichen Ereignissen kann das Kind seine Emotionen meist selbst regulieren?

Kann mit üblichen Enttäuschungen, Freude, Ängste, Stress-Situationen umgehen?

US ja US nein KM LE ja LE nein KA

Interaktion/Kommunikation:

Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern?

Spielt auch Rollenspiele (Prinzessin, Feuerwehr)?

Hält sich an Spielregeln?

Amblyopiescreening opB auffällig abgelehnt regelm. bei Augenarzt Eltern überlegen noch

Bemerkungen:

Mannheimer Elternfragebogen MEF für Vorschulkinder U8 & U9

Name des Kindes: _____ Alter: _____

ausgefüllt von: Mutter Vater Sonstiges: _____

ANLEITUNG ZUM AUSFÜLLEN

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, 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
1	kann mindestens dreimal pro Woche schlecht einschlafen (liegt mehr als eine Stunde wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	wacht mindestens einmal pro Nacht auf und liegt dann mindestens eine Stunde wach	<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	klagt bei Aufregung häufig über Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	kann wegen dieser Bauchschmerzen nicht wie sonst spielen oder seine Freunde besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	klagt mehrmals pro Woche über Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	kann wegen seiner Kopfschmerzen nicht wie sonst spielen oder seine Freunde besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	hat Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	hat Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	hat Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	stottert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	nässt mindest einmal pro Woche ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	kotet mindestens einmal pro Woche ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	hat manchmal nervöse Zuckungen (z. B. Blinzeltic, Zwinkertic, Räuspertic)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	kaut Fingernägel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	dabei kommt es häufig zu blutenden Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	kann sich sehr schlecht von der Mutter trennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	deswegen kommt es auch im Kindergarten zu Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	hat panische Angst vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	vor fremden Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	vor Blitz, Donner, Dunkelheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Mein Kind	Stimmt nicht	Stimmt
23	ist mehrmals im Monat traurig, weinerlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	ist zu Hause beim Spielen leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	ist im Kindergarten sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	ist zu Hause (z.B. beim Essen) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	ist im Kindergarten sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	ist beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	rennt ohne zu schauen auf die Straße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	hat täglich einen Wutanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	ist zu Hause ständig ungehorsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	ist im Kindergarten häufig ungehorsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	hat Spaß daran Dinge, die ihm nicht gehören, zu zerstören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	quält manchmal Tiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	prügelt sich häufig mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	dabei kommt es auch häufiger zu blauen Flecken und kleineren Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	hat Angst vor fremden Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	hat Angst vor fremden gleichaltrigen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	nimmt auf dem Spielplatz zu fremden Kindern keinen Kontakt auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Spricht fast jede fremde Person an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	geht schon nach kurzer Zeit mit fremden Personen überall hin mit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	weigert sich oft mit fremden Erwachsenen zu sprechen, auch wenn es etwas gefragt wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	sucht bei seinen Eltern keinen Trost, wenn es sich wehgetan hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	kommt nicht zu seinen Eltern, wenn es Angst hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	ist noch sehr unselbständig, kann sich schlecht selbst beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	hängt am Rockzipfel der Mutter, will nichts alleine machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	streitet sich jeden Tag mit seinen Geschwistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	kann mit seinen Geschwistern nicht friedlich zusammen spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	ist in höchstem Maße eifersüchtig auf seine Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>