

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



Elternfragebogen — Vorsorge U9

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

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

Finden Sie Ihr Kind hört gut? Nein Ja

Geht Ihr Kind regelmäßig zum Zahnarzt? Nein Ja

War Ihr Kind schon mal im Schwimmbad? Nein Ja

Fährt Ihr Kind Fahrrad ohne Stützräder? Nein Ja

Sind 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): _____

Haben Sie Unterlagen von der Einschulungsuntersuchung dabei?

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 !

Fragebogen zu Grenzsteinen der Entwicklung im Alter von 5 Jahren

Familienname: _____ **Vorname:** _____
geboren am: _____ **Geschlecht:** weiblich männlich

Mein Kind kann im Wechselschritt Treppen vorwärts rauf und runter steigen, ohne sich am Geländer festzuhalten ja nein

Mein Kind hüpfst sicher mit beiden Beinen gleichzeitig eine kurze Strecke (30-50 cm) nach vorne, ja nein

es kann dabei das Gleichgewicht gut halten ja nein

Mein Kind kann 10 Sekunden auf einem Bein stehen ja nein

Mein Kind kann 10 mal auf einem Bein hüpfen ja nein

Mein Kind kann größere Bälle (z.B. einen Fußball) werfen ja nein

und aus etwa 2m Entfernung mit den Händen und dem Körper fangen ja nein

Mein Kind kann Gegenstände genauer malen (z.B. ein Haus, Baum, Männchen oder Auto) ja nein

und mir diese erklären ja nein

Mein Kind malt ein Malbuch einigermaßen genau aus ja nein

Mein Kind kann kleben und einfache Dinge basteln ja nein

Mein Kind kann mit der Kinderschere an einer geraden Linie entlang schneiden ja nein

Mein Kind erkennt die Farben Rot, Gelb, Grün, Blau, Schwarz und Weiß ja nein

Mein Kind erzählt Ereignisse und Geschichten in richtiger zeitlicher und logischer Reihenfolge ja nein

Es benutzt dabei einfache, jedoch korrekte Sätze ja nein

Mein Kind spricht alle Buchstaben richtig aus
(Bitte hier auch „ja“ ankreuzen, wenn Ihr Kind nur „S“ nicht richtig ausspricht / lispet)

Mein Kind zieht sich alleine an ja nein

Mein Kind hört beim Vorlesen genau zu ja nein

Mein Kind baut erkennbare Häuser, Autos, Flugzeuge, usw. aus Lego, Duplo, oder anderen Bauelementen mit oder ohne Vorlage ja nein

Mein Kind spielt mit anderen Kindern Rollenspiele (z.B. Räuber und Polizist) ja nein

Mein Kind versteht Spielregeln und dass beim Spielen auch Andere an der Reihe sind ja nein

Mein Kind stellt sich automatisch von selbst und ohne zu zögern in eine Reihe (z.B. an der Rutschbahn) ja nein

Mein Kind ist bereit zu teilen ja nein

Mein Kind lädt andere Kinder zu sich ein und wird auch eingeladen ja nein

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 unselbstständig, 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 schmusen	<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"/>