

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

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): _____

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 Videospielen: _____ 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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Es benutzt dabei einfache, jedoch korrekte Sätze	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind spricht alle Buchstaben richtig aus (Bitte hier auch „ja“ ankreuzen, wenn Ihr Kind <u>nur</u> „S“ nicht richtig ausspricht / lispelt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind zieht sich alleine an	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind hört beim Vorlesen genau zu	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind baut erkennbare Häuser, Autos, Flugzeuge, usw. aus Lego, Duplo, oder anderen Bauelementen mit oder ohne Vorlage	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind spielt mit anderen Kindern Rollenspiele (z.B. Räuber und Polizist)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind versteht Spielregeln und dass beim Spielen auch Andere an der Reihe sind	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind stellt sich automatisch von selbst und ohne zu zögern in eine Reihe (z.B. an der Rutschbahn)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind ist bereit zu teilen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind lädt andere Kinder zu sich ein und wird auch eingeladen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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 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 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"/>