

Elternfragebogen zur U10

Liebe Eltern,

im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen wird die körperliche und psychische Entwicklung Ihres Kindes untersucht. Bitte helfen Sie uns bei der Einschätzung Ihres Kindes und beantworten Sie die nachfolgenden Fragen und notieren Sie ggf. spezielle Fragen und Probleme.

Kind: _____
 Name Vorname Geburtsdatum

Mannheimer Elternfragebogen MEF U10

Mein Kind...	Stimmt	Stimmt nicht
1. Hat Migräne.		
2. Musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt.		
3. Leidet unter asthmatischen Beschwerden/chronischer Bronchitis.		
4. Will bei jeder „Kleinigkeit“ den Arzt/die Ärztin aufsuchen.		
5. Hat manchmal nervöse Zuckungen, z.B. Blinzel-, Zwinker-, Räuspertic.		
6. Weigert sich meistens auch tagsüber, bei Freunden oder Verwandten zu bleiben.		
7. Schläft nachts im Elternbett, obwohl ich das nicht gern sehe.		
8. Kann schlecht einschlafen, d.h. liegt mehr als eine Stunde wach.		
9. Wacht häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen/liegt mind. Eine Stunde wach.		
10. Stottert.		
11. Lispelt.		
12. Hat min. zweimal im letzten halben Jahr das Bett oder die Hose nass gemacht.		
13. Hat im letzten halben Jahr mind. Einmal eingekotet.		
14. Hat meistens wenig Appetit.		
15. Ist extrem wählerisch beim Essen.		
16. Hat ständig Angst, dick zu werden.		
17. Hat wegen seines Essverhaltens mind. 7kg abgenommen und ist untergewichtig.		
18. Hat mind. 10kg Übergewicht.		
19. Wird wegen seines Übergewichts gehänselt.		
20. Ist die meiste Zeit aufsässig und ungehorsam.		
21. Ist aufsässiger und ungehorsamer als andere Kinder seines Alters.		
22. Wurde wegen seines Verhaltens schonmal vom Schulbesuch, Ausflug oder Landheimaufenthalt ausgeschlossen.		
23. Schwänzt manchmal die Schule.		

24. Hat starke Angst davor, zur Schule zu gehen.		
25. Streitet sich fast jeden Tag mit seinen Geschwistern.		
26. Dabei kommt es zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien oder Drohungen.		
27. Wird von anderen Kindern häufig geärgert, gehänselt oder geprügelt.		
28. Hat Angst vor anderen Kindern.		
29. Hat überhaupt keinen Kontakt zu Gleichaltrigen.		
30. Prügelt sich häufig mit anderen Kindern.		
31. Dabei ist es auch mal zu ernsthaften Verletzungen gekommen.		
32. Wechselt häufig seine Freunde.		
33. Ist in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert.		
34. Ist bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert.		
35. Ist bei Regelspiele (Karten-/Brettspiele) sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert.		
36. Ist in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen.		
37. Ist bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen.		
38. Ist bei Regelspiele (Karten-/Brettspiele) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen.		
39. Ist im Straßenverkehr sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten.		
40. Ist draußen beim Spielen sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten.		
41. Ist beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder Zuhause sehr unüberlegt und vorschnell.		
42. Hat täglich einen Wutanfall.		
43. Ist überängstlich, macht sich viele Sorgen über zukünftige Ereignisse, z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben und wird dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“.		
Hat panische Angst ...		
44. Vor Spinnen, Mäusen, Ratten oder Hunden.		
45. Allein Zuhause zu bleiben.		
46. Vor fremden Menschen, z.B. bei einer Einladung.		
47. Vor Blitz, Donner oder Dunkelheit.		
48. Vor dem Zahnarzt, vor Spritzen, Blut oder Verletzungen.		
49. Ist übertrieben ordentlich		
50. Wäscht sich oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind.		
51. Kontrolliert bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach, z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind oder die Schultasche gepackt ist.		

52. Kaut oder reißt so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise freiliegt.		
53. Weigert sich oft, mit fremden Erwachsenen zu sprechen, auch wenn es etwas gefragt wird.		
54. Ist mind. Einmal pro Woche für mind. drei Stunden traurig oder niedergeschlagen.		
55. Diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis.		
56. War mind. 2 Wochen traurig oder niedergeschlagen.		
57. Ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist.		
58. Hat schonmal ernsthaft gesagt, dass es sich umbringen will.		
59. Hat schon gelegentlich geraucht.		
60. Hat schon hin und wieder Alkohol getrunken.		
61. Macht uns Problemen, weil es oft lügt.		
62. Hat Zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolles (Wert höher als 30€) gestohlen.		
63. Hat schon mind. Fünfmal weniger wertvolle Dinge entwendet.		
64. Hat schonmal mit Absicht Dinge, die ihm nicht gehören, zerstört oder beschädigt...		
65. ... und dabei ist ein Schaden von mind. 30€ entstanden.		
66. Ist schon von Zuhause weggelaufen.		

67. Zeigt folgende, oben nicht genannte, auffällige Verhaltensweisen:

Gibt es Sprachauffälligkeiten bei Ihrem Kind? Ja/Nein

Wenn ja, welche:

Wurde bereits eine Therapie eingeleitet?

Gibt es Auffälligkeiten beim Hörvermögen Ihres Kindes? Ja/Nein

Wenn ja, welche:

Wurde bereits eine Therapie eingeleitet?

Gibt es Auffälligkeiten beim Sehvermögen Ihres Kindes? Ja/Nein

Wenn ja, welche:

Wurde bereits eine Therapie eingeleitet?

Gibt es Bewegungsauffälligkeiten bei Ihrem Kind? Ja/Nein

Wenn ja, welche:

Wurde bereits eine Therapie eingeleitet?

Gibt es Ernährungsbesonderheiten bei Ihrem Kind (z.B. vegan, vegetarisch)? Ja/Nein

Wenn ja, welche:

Gibt es ein Elternteil mit einer Schilddrüsenerkrankung oder Fettstoffwechselstörung? Ja/Nein

Welche Schulform besucht Ihr Kind?

Geht ihr Kind gern zur Schule? Ja/Nein

Bestehen bei Ihrem Kind Schulleistungsprobleme, z.B. LRS, Dyskalkulie, Konzentrationsstörungen etc.? Ja/Nein

Wenn ja, welche?

Wurde bereits eine Diagnostik oder Therapie eingeleitet?

Betreibt Ihr Kind außerhalb der Schule Sportarten oder Hobbies? Ja/Nein

Wenn ja, welche:

Und wie lange: <1h 1-3h >3h täglich

Wie viele Stunden am Tag verbringt ihr Kind an Medien (Fernsehen, Computer, Spielekonsole, Handy)?

<1h 1-3h >3h täglich

Gibt es Besonderheiten in der Betreuung Ihres Kindes (alleinerziehend, Pflegefamilie etc.)? Ja/Nein

Wenn ja, welche:

Geschwisteranzahl:

Sind die Eltern mit der Entwicklung des Kindes zufrieden? Ja/Nein

Ist das Kind mit seiner/ihrer Entwicklung zufrieden? Ja/Nein