

Elternfragebogen zur U7

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 auf der Rückseite.

Patient: _____
Name
Vorname
Geburtsdatum

Kann Ihr zweijähriges Kind ...		
Ja	... auf ein Sofa/einen Stuhl klettern und wieder runter?	Nein
Ja	... vorwärts hüpfen, ohne hinzufallen?	Nein
Ja	... 3 Schritte rückwärtsgehen, ohne umzufallen?	Nein
Ja	... gehen u. dabei einen größeren Gegenstand (z. B. Ball) mit beiden Händen tragen?	Nein
Ja	... eine Treppe hinaufsteigen, wenn es sich mit einer Hand am Geländer festhält?	Nein
Ja	... eine Treppe hinabsteigen, wenn es sich mit einer Hand am Geländer festhält?	Nein
Ja	... Striche hin und her zeichnen?	Nein
Ja	... 3 Baubecher ineinanderstecken?	Nein
Ja	... einen kleinen Gegenstand (z. B. Murmel) aus kleiner Flasche/ Dose schütteln?	Nein
Ja	... eine Holzperle auf eine Schnur fädeln?	Nein
Ja	... den Schraubverschluss einer Flasche auf- und zuschrauben (mit Nachfassen)?	Nein
Ja	... die Kurbel einer Spieldose drehen?	Nein
Ja	... Wünsche durch Worte äußern (z. B. „da“ oder „ham-ham“)?	Nein
Ja	... Zweiwortsätze, wie z. B. „Papa Auto“ oder „Mama aua“, in Kindersprache bilden?	Nein
Ja	... ihm bekannte Lieder mitsummen?	Nein
Ja	Kommt Ihr Kind manchmal mit einem Bilderbuch, um es sich zeigen zu lassen?	Nein
Ja	Gebraucht Ihr Kind seinen Vornamen, wenn es von sich spricht?	Nein
Ja	Führt Ihr Kind einfache Aufträge aus (z. B. einen Becher in die Küche bringen)?	Nein
Ja	Bleibt Ihr Kind, ohne zu weinen, kurze Zeit bei Bekannten (etwa 15 Min.) ohne dass Eltern oder Geschwister anwesend sind?	Nein
Nein	... kommt es dabei zu langem Schreien oder Weinen (mindestens eine Viertelstunde)	Ja
Ja	Spielt Ihr Kind gern mit Gleichaltrigen fangen?	Nein
Ja	Versorgt Ihr Kind Puppen/ Stofftiere?	Nein
Ja	Tröstet Ihr Kind, wenn jemand traurig ist?	Nein
Kann Ihr zweijähriges Kind ...		
Ja	... selbstständig aus einer Tasse trinken?	Nein
Ja	... mit dem Löffel essen und in einer Tasse umrühren?	Nein
Ja	... manchmal Essen mit der Gabel aufspießen?	Nein
Ja	... sich die Hände (flüchtig) abtrocknen?	Nein
Ja	... sich die geöffnete Jacke selbst ausziehen?	Nein
Ja	... sich das Unterhemd (ärmellos) selbst ausziehen?	Nein
Ja	... sich die Schuhe selbst anziehen (ohne die Verschlüsse zuzumachen)?	Nein
Ja die Zahncreme ausspucken?	Nein
Ja	Ist Ihr Kind tagsüber trocken?	Nein
Ja	Hat Ihr Kind einmal oder mehrmals täglich schmerz- und angstfrei normal geformten, weichen Stuhlgang.	Nein
Ja	Schläft Ihr Kind durch?	Nein
Nein	Kann Ihr Kind mindestens dreimal pro Woche schlecht einschlafen (liegt mindestens eine Stunde wach)?	Ja

Nein	Wacht Ihr Kind mindestens einmal pro Nacht auf?	Ja
Nein	Schläft Ihr Kind nachts mit im Elternbett, obwohl sie dies nicht gern sehen?	Ja
<u>Hat Ihr Kind...</u>		
Nein	... Angstträume?	Ja
Nein	... vor vielen Dingen panische Angst?	Ja
Nein	... meistens wenig Appetit?	Ja
Nein	... täglich einen Wutanfall?	Ja
<u>Ist Ihr Kind...</u>		
Wie wird Ihr Kind ernährt? <input type="checkbox"/> Vollkost <input type="checkbox"/> Vegetarisch <input type="checkbox"/> vegan <input type="checkbox"/> andere:		
Nein	... extrem wählerisch beim Essen?	Ja
Nein	... überaus schreckhaft?	Ja
Nein	... sehr unruhig, zappelig und kann nicht still sitzen?	Ja
Nein	... mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten? (Scheint keine Angst zu kennen)?	Ja
Nein	... zu Hause ständig ungehorsam?	Ja
Nein	... gegenüber Schmerz sehr unempfindlich?	Ja
Nein	... häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht)?	Ja
Nein	Zerstört Ihr Kind häufig Gegenstände?	Ja
Nein	Hat Ihr Kind große Angst vor fremden Erwachsenen?	Ja
Nein	Spricht Ihr Kind fast jede fremde Person an?	Ja
Nein	Geht Ihr Kind schon nach kurzer Zeit mit fremden Personen überall mit?	Ja
Nein	Wehrt Ihr Kind sich gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen?	Ja
Nein	Reagiert Ihr Kind mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird?	Ja
Ja	Trägt Ihr Kind einen Schutzhelm? (Fahrradanhänger, Fahrradsitz, Laufrad, Dreirad)	Nein
Ja	Wurde bei Ihrem Kind das Hörscreening nach der Geburt durchgeführt?	Nein
Ja	Reagiert Ihr Kind richtig auf die geflüsterte Aufforderung in das Ohr, ein Wort nachzusprechen, ein Spielzeug zu geben, zur Tür zu gehen o. ä.?	Nein
Ja	Erkennt Ihr Kind bekannte Geräusche (z. B. Flugzeug, Tierlaute)?	Nein
Ja	Kann sich Ihr Kind schon in seiner Sprache mit anderen Kindern „unterhalten“?	Nein
Ja	Hört Ihr Kind eine Mücke summen?	Nein
Nein	Schnarcht Ihr Kind?	Ja
Nein	Atmet Ihr Kind meistens mit offenem Mund / atmet im Schlaf mit offenem Mund?	Ja
Nein	Hatte Ihr Kind bereits Mittelohrentzündungen?	Ja
Nein	Sind Sie in irgendeiner Weise besorgt um die Entwicklung Ihres Kindes? Hatte es einen Krampfanfall; Probleme beim Wasserlassen oder hat es abnorme Stühle; Schwierigkeiten beim Essen oder Trinken; Verhaltensauffälligkeiten; gehäufte Infektionen, starkes Schwitzen? Wenn "Ja", bitte zutreffendes unterstreichen.	Ja
Seit wann läuft Ihr Kind frei? → Seit dem Lebensmonat.		