

## Elternfragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U8

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

1. alleinerziehend  Eltern getrennt

2. Betreuung: zu Hause  Kiga/Kita  Tagesmutter

3. Anzahl Geschwister:

stimmt  stimmt nicht

4. Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gibt es besondere Belastungen in der Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kann mindestens 3 x pro Woche schlecht einschlafen – liegt mindestens 1 Stunde wach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wacht mindestens 1 x pro Nacht auf und liegt dann mindestens 1 Stunde wach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hat meistens nur wenig Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ist untergewichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ist extrem wählerisch beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hat manchmal nervöse Zuckungen (z.B. Blinzeltic, Zwinkertic, Räuspertic)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Kaut Fingernägel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nässt mindestens einmal pro Woche ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Kotet mindestens einmal pro Monat ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hat vor vielen Dingen panische Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ist überaus schreckhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ist mehrmals im Monat traurig, weinerlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ist <i>zu Hause</i> beim Spielen leicht ablenkbar und unkonzentriert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ist <i>zu Hause</i> (z.B. beim Essen) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ist <i>im Kindergarten</i> sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ist <i>im Kindergarten</i> sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Rennt ohne zu schauen auf die Straße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hat täglich einen Wutanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ist zu Hause ständig ungehorsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Prügelt sich häufig mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Hat Spaß daran, Dinge, die ihm nicht gehören, zu zerstören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Quält manchmal Tiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Kann sich schlecht von der Mutter/dem Vater trennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Hat große Angst vor fremden Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Spricht fast jede fremde Person an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Geht schon nach kurzer Zeit mit fremder Person überall mit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Hat Angst vor fremden gleichaltrigen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Sucht bei seinen Eltern keinen Trost, wenn es sich wehgetan hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Kommt nicht zu seinen Eltern, wenn es Angst hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ist häufig ohne Kontakt zu seiner Umgebung – blickt ins Leere, reagiert nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Nimmt auf dem Spielplatz zu fremden Kindern keinen Kontakt auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ist noch sehr unselbständig, kann sich schlecht selbst beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte 2. Seite beachten

## Elternfragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U8

	stimmt	stimmt nicht
42. Ihr Kind möchte sich an häuslichen Tätigkeiten beteiligen, will mithelfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Fährt Laufrad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Zeichnet geschlossene Kreise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Kann sich selbst an- und ausziehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Geschichten werden in zeitlichen und logischem Verlauf wiedergegeben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Ihr Kind wird von der Umgebung gut verstanden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Spielt Vorbilder nach (Mutter/Kind, Ritter, Piraten, Helden, Prinzessin), verkleidet sich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Putzt sich 2 x pro Tag die Zähne, geht mindestens 1 x pro Jahr zum Zahnarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Klagt bei Aufregungen häufig über Bauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. Kann wegen dieser Bauchschmerzen nicht wie sonst spielen oder seine Freunde besuchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Klagt mehrmals pro Woche über Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. Kann wegen seiner Kopfschmerzen nicht wie sonst spielen oder seine Freunde besuchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. Wieviele Stunden verbringt Ihr Kind vor TV/Tablet/Handy insgesamt pro Tag.	< 1 h <input type="radio"/>	1-3 h <input type="radio"/>

Welche Fragen würden Sie gerne mit uns besprechen?

---