

Elternfragebogen zur Vorsorgeuntersuchung J1/J2

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Zutreffendes bitte ankreuzen

1. alleinerziehend Eltern getrennt

2. Anzahl Geschwister: stimmt | stimmt nicht

3. Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sind Sie mit dem schulischen Werdegang zufrieden ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Besteht ein gutes Vertrauensverhältnis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Sind im Verlauf der Entwicklung Probleme aufgetreten? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Liegen Erkrankungen / Behinderungen vor? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Gab es bei Ihrem Kind bisher Operationen? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Auffälligkeiten bei der Sprache?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. bei der seelischen Entwicklung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. beim Umgang mit Anderen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Bestehen Schwierigkeiten in der Schule?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Bestehen Störungen/Schwierigkeiten beim Lernen, Konzentrationsstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Liegen Schlafstörungen vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Gibt es Essstörungen / Gewichtsprobleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Bestehen Angstzustände?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Liegen Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Interessenlosigkeit vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Bestehen Seh- und Hörbehinderungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Gibt es Probleme mit Suchtmitteln (Alkohol, Rauchen, Drogen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Liegt eine familiäre Hypercholesterinämie (Fettstoffwechselerkrankung) vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Verwenden Sie jodiertes Speisesalz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Hat Ihr Kind besondere Talente / Interessen? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Hat Ihr Kind Hobbys? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Ist Ihr Kind sportliche aktiv? Sportart: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Hat Ihr Kind gleichaltrige Freunde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Fragen würden Sie gerne mit uns besprechen?
