



Elternfragebogen – Vorsorgeuntersuchung U 7a (34. - 36. Monat)

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

Datum:

	Ja	Nein
Bestanden schwerwiegende Erkrankung seit der U7: (OP, Krampfanfall, Krankenhaus, häufige/schwere Infektionen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist das Essverhalten altersgemäß (Kinderkost)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Stuhlgang normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwenden Sie Fluorid-Zahnpasta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schätzen Sie das Hörvermögen als normal ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarcht Ihr Kind regelmäßig, auch wenn es gesund ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit der Sprachentwicklung zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stottert Ihr Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmet Ihr Kind immer nur durch den Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläft Ihr Kind nachts durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang?		
Haben Sie mit dem Sauberkeitstraining begonnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind tagsüber trocken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind über Nacht trocken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besucht Ihr Kind eine Kindereinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Ja	Nein	Nicht beobachtet
Soziale Kompetenz			
Zieht sich unter Anleitung an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knöpft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trennt sich leicht von Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann einige Stunden bei bekannter Person bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinsames Spielen mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollenspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilft im Haushalt mit, ahmt nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feinmotorik			
Baut Brücke nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeichnet eine vertikale Linie nach / Kritzelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malt Kreis nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt längere von 2 Linien an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bälttert Buchseiten um	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präziser 3-Finger-Spitzgriff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprache			
Verwendet eigenen Vornamen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versteht kalt, müde, hungrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versteht Präpositionen (vor, unter ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkennt Farben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – 4 Wortsätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spricht in Ich-Form	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lässt sich Bücher vorlesen, hört zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hört Kinderreime und wünscht Wiederholung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Ja	Nein	Nicht beobachtet
Grobmotorik			
Steht 1 Sec. auf einem Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fährt Dreirad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluss-Sprung über 20cm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steht 5 Sec. auf einem Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüpft auf einem Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isst mit Löffel/Gabel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinkt aus der Tasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zieht sich Hose runter/hoch auf Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüft beidbeinig von der letzten Treppenstufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rennen mit Armschwung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsteuern von Hindernissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plötzliches Anhalten möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fährt Laufrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steigt Treppen im Wechselschritt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Feststellung der Hörfähigkeit

	Ja	Nein
1. Befolgt Ihr Kind eine flüsternd oder leise gesprochene Aufforderung, einen Körperteil (z.B. Nase, Augen, Fuß usw.) zu zeigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Reagiert Ihr Kind richtig auf die geflüsterte Aufforderung in das Ohr, ein Wort nachzusprechen, ein Spielzeug zu geben, zur Tür zu gehen usw.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Erkennt Ihr Kind bekannte Geräusche (z.B. Auto der Eltern, Flugzeug, Tierlaute usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kann sich Ihr Kind schon in seiner „Sprache“ mit anderen Kindern „unterhalten“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hört Ihr Kind eine Mücke summen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schnarcht Ihr Kind regelmäßig, auch wenn es gesund ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hatte Ihr Kind bereits mehr als 3 Mittelohrentzündungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>