



## Elternfragebogen – Vorsorgeuntersuchung U 8 (46. - 48. Monat)

**Name:**

**Geburtsdatum:**

**Vorname:**

**Datum:**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Bestanden schwerwiegende Erkrankung seit der U7a: (OP, Krampfanfall, Krankenhaus, häufige/schwere Infektionen)?	<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"/>
Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stottert Ihr Kind?	<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"/>
Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang?		
Ist Ihr Kind tagsüber trocken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind über Nacht trocken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwenden Sie Fluorid-Zahnpasta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläft Ihr Kind nachts durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmet Ihr Kind immer nur durch den Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schätzen Sie das Hörvermögen als normal ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besucht Ihr Kind eine Kindereinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Nicht beobachtet</b>
<b>Soziale Kompetenz</b>			
Zieht sich unter Anleitung an 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"/>
Zieht sich ohne Anleitung an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versteht Spielregeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielt Rollenspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat gleichaltrige Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Feinmotorik</b>			
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"/>
Malt Kreuz nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeichnet Mensch (3 Teile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malt Quadrat nach wie demonstriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malt Quadrat nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeichnet Mensch (6 Teile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sprache</b>			
Versteht kalt, müde, hungrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versteht Präpositionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkennt Farben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Gegensätze angeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Definiert Wörter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterscheidet Materialien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Ja	Nein	Nicht beobachtet
<b>Grobmotorik</b>			
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"/>
Zehen-/Hackengang vorwärts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steht 10 Sec. auf einem Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fängt aufgeprallten Ball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zehen-/Hackengang rückwärts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balancieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dreiradfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrradfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechselschritt beim Treppe herab gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Feststellung der Hörfähigkeit

	Ja	Nein
1. Missversteht Ihr Kind häufig Anweisungen, wenn es dabei dem Sprecher nicht auf den Mund sehen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind normal gesprochene Worte teilweise nur mühsam versteht und seine Konzentration beim Zuhören schnell nachlässt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wird Ihr Kind von anderen beim Spielen ausgeschlossen, weil es sich mit seinen Spielgefährten nicht ausreichend sprachlich verständigen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Findet Ihr Kind wenig Kontakt mit Spielgefährten, spielt es lieber alleine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Erkennt Ihr Kind mit großer Sicherheit bekannte Geräusche (z. B. Öffnen des Garagentores, Motorgeräusche vom Auto der Eltern, Schlüssel in der Türe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>