

Datum:

Fragebogen U 7

Name:

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen soll Ihnen die Vorbereitung auf die wichtige Vorsorgeuntersuchung U7 bei Ihrem Kind erleichtern und uns wichtige Informationen für diese Untersuchung liefern. Wir bitten Sie den Fragebogen vollständig auszufüllen. Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

1. Gibt Ihnen die Entwicklung o. das Verhalten Ihres Kindes Anlass zur Sorge? ja nein
2. Hat Ihr Kind seit der letzten Vorsorgeuntersuchung ernsthafte Erkrankungen o. Operationen durchgemacht? ja nein
3. Liegt eine der folgenden Störungen o. Erkrankungen vor?
 - Gesteigerte Infektanfälligkeit? ja nein
 - Schwierigkeiten beim Essen und Trinken? ja nein
 - Gehäuftes Erbrechen, Schluckstörungen, Nahrungsverweigerung? ja nein
 - Atemnot in Ruhe? ja nein
 - Atemnot bei Belastung? ja nein
 - Fieberkrämpfe/ Krampfanfälle? ja nein
 - Beschwerden beim Wasserlassen? ja nein
 - Beschwerden beim Stuhlgang? ja nein
 - Allergie? Wenn ja welche: ja nein
4. Sprache/ Sprachverständnis:
 - Kann Ihr Kind sicher Zweiwortsätze bilden? ja nein
 - Kann es in der dritten Person von sich sprechen, z.B. „Teresa/Florian essen“? ja nein
 - Spricht Ihr Kind sicher 20 verschiedene Worte? ja nein
 - Benutzt Ihr Kind persönliche Fürwörter, z.B. „mein Auto, mein Hund“? ja nein
 - Zeigt Ihr Kind auf Befragen sicher auf Körperteile? ja nein
 - Befolgt Ihr Kind sicher mit Worten erteilten einfachen Aufforderungen? ja nein
 - Findet Ihr Kind wenig Kontakt mit Spielgefährten, da es sich sprachlich nicht ausreichend verständigen kann? ja nein
5. Verhalten:
 - Kann Ihr Kind ausdauernd bei einem Spiel bleiben? ja nein
 - Bestehen öfter in der Woche Ein- o. Durchschlafstörungen? ja nein
 - Neigt Ihr Kind zu Stereotypen wie Kopf- o. Körperwackeln, Nestelbewegungen, unwillkürlichen Muskelzuckungen o. Verkrampfungen? ja nein
 - Fängt Ihr Kind bei Aufregung o. beim Einschlafen an, Nägel zu beißen? ja nein

6. Grobmotorik:

- Hat Ihr Kind die ersten freien Schritte erst nach dem 15. Lebensmonat gemacht? ja nein
- Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Treppensteigen (mit Festhalten)? ja nein
- Kann Ihr Kind ein paar Schritte rückwärtsgehen? ja nein

7. Feinmotorik:

- Kritzelt Ihr Kind gerne und spontan? ja nein
- Ist es geschickt beim Spiel mit kleinen Dingen? ja nein
- Kann Ihr Kind Türme mit 2-4 Bausteinen bauen? ja nein
- Kann Ihr Kind selbstständig etwas ausgießen? ja nein

8. Sehen:

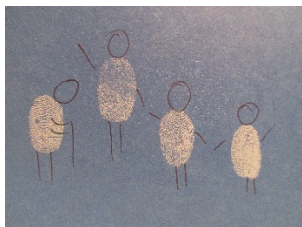
- Erkennt Ihr Kind ein hochfliegendes Flugzeug als „Silberpunkt“ am Himmel? ja nein
- Geht Ihr Kind beim Bilderbuch-Anschauen mit den Augen regelmäßig nahe an das Buch heran? ja nein
- Schließt es, wenn es müde wird? ja nein
- Stößt es häufig Gegenstände um, stellt Gläser o.ä. neben den Tisch, o. greift es häufig daneben? ja nein
- Beobachten Sie bei Ihrem Kind Kopfschief- o. Zwangshaltungen, Lichtscheu, vermehrtes Blinzeln, Tränenlaufen, Augenbohren, Zukneifen eines beider Augen o. eine Lidspaltdifferenz? ja nein

9. Hören:

- Spricht Ihr Kind auffallend laut? ja nein
- Versteht Ihr Kind leise gesprochene Aufforderungen nicht, wenn es Ihnen nicht auf den Mund schaut? ja nein
- Fragt Ihr Kind häufig nach, da es nichts verstanden hat? ja nein
- Müssen Radio und Fernseher sehr laut eingestellt werden? ja nein

10. Entwicklung:

- Kann Ihr Kind alleine seine Hände waschen und trocknen? ja nein
- Kann es sicher u. ohne zu kleckern einen Löffel benutzen? ja nein
- Spielt Ihr Kind zusammen mit anderen Kindern, z.B. Nachlaufen, Verstecken? ja nein
- Kann es schon selbst Kleidungsstücke ausziehen? ja nein
- Hilft Ihr Kind im Haushalt mit einfache Aufträge auszuführen? ja nein
- Macht Sie Ihr Kind bei der Hausarbeit nach? ja nein
- Verteidigt es schon seinen Besitz? ja nein
- Versucht Ihr Kind sich durchzusetzen? ja nein
- Setzt es sich zum Spielen regelmäßig hin? ja nein
- Steht Ihr Kind sicher und freihändig auf? ja nein
- Kann es schon Fußball spielen u. /o. einen Ball über den Kopf werfen? ja nein
- Läuft ihr Kind sicher um Hindernisse u. kann dabei gleichzeitig etwas schieben? ja nein
- Fernseh/ Video/ PC pro Tag < 1h 1-3h > 3h



Wortschatz U 7

Name:

Bitte kreuzen Sie in der Liste die Wörter an, die Ihr Kind von sich aus benutzt, nicht nur nachspricht. Es gilt auch ein gleichwertiges Wort in Ihrer Umgangssprache. Beispiele: „dietze“ statt Schnuller, „nane“ statt Banane, „tuchen“ statt Kuchen. Schreiben Sie im Zweifelsfall das Wort auf, das Ihr Kind benutzt.

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hallo | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Auto | <input type="checkbox"/> Opa | <input type="checkbox"/> Ball |
| <input type="checkbox"/> danke | <input type="checkbox"/> mein | <input type="checkbox"/> bitte |
| <input type="checkbox"/> Boot | <input type="checkbox"/> Buch | <input type="checkbox"/> Zug |
| <input type="checkbox"/> Apfel | <input type="checkbox"/> Banane | <input type="checkbox"/> Gurke |
| <input type="checkbox"/> Brot | <input type="checkbox"/> Butter | <input type="checkbox"/> Milch |
| <input type="checkbox"/> Kuchen | <input type="checkbox"/> Keks | <input type="checkbox"/> Eier |
| <input type="checkbox"/> Fisch | <input type="checkbox"/> Maus | <input type="checkbox"/> Baum |
| <input type="checkbox"/> Katze | <input type="checkbox"/> Pferd | <input type="checkbox"/> Hase |
| <input type="checkbox"/> Affe | <input type="checkbox"/> Bär | <input type="checkbox"/> Ente |
| <input type="checkbox"/> Hose | <input type="checkbox"/> Jacke | <input type="checkbox"/> Schuhe |
| <input type="checkbox"/> Auge | <input type="checkbox"/> Bauch | <input type="checkbox"/> Hand |
| <input type="checkbox"/> Ohr | <input type="checkbox"/> Mund | <input type="checkbox"/> Nase |
| <input type="checkbox"/> baden | <input type="checkbox"/> essen | <input type="checkbox"/> malen |
| <input type="checkbox"/> Licht | <input type="checkbox"/> kalt | <input type="checkbox"/> nass |
| <input type="checkbox"/> raus | <input type="checkbox"/> runter | <input type="checkbox"/> weg |
| <input type="checkbox"/> Bett | <input type="checkbox"/> Stuhl | <input type="checkbox"/> Schnuller |
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Haare | <input type="checkbox"/> Schlüssel |
| <input type="checkbox"/> Tür | <input type="checkbox"/> Uhr | <input type="checkbox"/> Wasser |

Benutzt Ihr Kind schon Wortverbindungen von zwei o. mehr Wörtern, wie z.B. „Mama Buch“, „Baby spielen“, „das rein“?

ja nein

Bemerkung: