



Datum:

Fragebogen U 7a

Name:

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen soll Ihnen die Vorbereitung auf die wichtige Vorsorgeuntersuchung U7a 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 Dreiwortsätze bilden? ja nein
 - Zeigt Ihr Kind auf Befragen sicher auf Körperteile? ja nein
 - Findet es wenig Kontakt mit Spielgefährden, da es sich sprachlich nicht ausreichend verständigen kann? ja nein
5. Verhalten:
 - Bestehen öfter in der Woche Ein- u. Durchschlafstörungen? ja nein
 - Kann sich Ihr Kind nur schwer von Ihnen trennen? ja nein
 - Spielt Ihr Kind mit anderen Kindern fangen? 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:
 - Fährt Ihr Kind Laufrad? 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 8 Bausteinen bauen? 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
Schielt 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 o. 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:

- Sucht Ihr Kind Freundschaft zu Gleichaltrigen? ja nein
Spielt Ihr Kind mit anderen Kindern ja nein
Kann Ihr Kind mit anderen teilen? ja nein
Erzählt Ihr Kind Erlebnisse? ja nein
Kann Ihr Kind schon alleine Knöpfe aufmachen? ja nein
Kann sich Ihr Kind mit Anleitung selbst vollständig anziehen? ja nein
Hilft Ihr Kind im Haushalt mit? ja nein
Kann es Zärtlichkeiten genießen? ja nein
Gehorcht Ihr Kind, wenn sie es wirklich wollen? ja nein
Fernseh/ Video/ PC pro Tag < 1h 1-3h > 3h