



Datum:

Fragebogen U 8

Name:

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen soll Ihnen die Vorbereitung auf die wichtige Vorsorgeuntersuchung U8 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
 - Ernährungsstörung? ja nein
 - Atemnot in Ruhe? ja nein
 - Atemnot bei Belastung? ja nein
 - Körperliche Erschöpfung bei Spiel und Sport? 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:
 - Störung der Aussprache, z.B. Stottern o. Stammeln, verwaschene o. undeutliche Aussprache? ja nein
 - Fehlende altersgemäße Sprache, z.B. keine Satzbildung in der Ich-Form, keine Erlebniserzählung, keine Satzreihenbildung mit „und dann...und dann...“ ja nein
 - Störungen des Sprachverständnisses, z.B. dass Ihr Kind Sie nicht richtig versteht, wenn Sie ihm etwas erklären o. sagen wollen? ja nein
 - Findet es wenig Kontakt mit Kindern, da es sich sprachlich nicht ausreichend verständigen kann? ja nein

5. Verhalten:
 - Ist Ihr Kind tags und nachts sicher sauber? ja nein
 - Hat Ihr Kind (feste) Freunde? ja nein
 - Kann Ihr Kind ausdauernd bei seinem Spiel bleiben? ja nein
 - Bestehen öfter in der Woche Ein- u. Durchschlafstörungen? ja nein
 - Weigert sich ihr Kind öfter, Ihren Anweisungen zu folgen? ja nein
 - Kommt es dabei häufiger zu Szenen? ja nein
 - Kann sich Ihr Kind nur schwer von Ihnen trennen? ja nein
 - Spielt Ihr Kind nicht o. nur ungern mit Gleichaltrigen? ja nein
 - Stört es häufig Spielkameraden? ja nein

- Muss es regelmäßig zu planvollem Spiel aufgefordert werden? 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:

Haben Sie den Eindruck, Ihr Kind habe mehr Schwierigkeiten bzw. sei weniger geschickt als Gleichaltrige beim:

- Treppensteigen? ja nein
 Laufen? ja nein
 Ballspielen? ja nein
 Hüpfen, Springen u. Klettern? ja nein

7. Feinmotorik:

- Malt Ihr Kind ungern? ja nein
 Bastelt es weniger gern und ausdauernd? ja nein
 Ist es ungeschickt beim Spiel mit kleinen Dingen? ja nein

8. Sehen:

- Erkennt Ihr Kind ein hochfliegendes Flugzeug als „Silberpunkt“ am Himmel? ja nein
 Geht es beim Lesen/ Spielen mit den Augen regelmäßig nahe an das
 Buch/ Spielzeug 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:

- Kann Ihr Kind sicher einhändig mit einer Schere ausschneiden? ja nein
 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 Laufrad fahren? ja nein
 Kann Ihr Kind schon alleine Knöpfe zu machen? ja nein
 Kann sich Ihr Kind ohne Anleitung selbst vollständig anziehen? ja nein
 Hat Ihr Kind Wutanfälle? Wenn ja, wie oft? ja nein
 Fernseh/ Video/ PC pro Tag < 1h 1-3h > 3h