



Datum,

Fragebogen U 9

Name:

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen soll Ihnen die Vorbereitung auf die wichtige Vorsorgeuntersuchung U9 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
 - Häufige Kopfschmerzen? ja nein
 - Beschwerden beim Wasserlassen? ja nein
 - Beschwerden beim Stuhlgang? ja nein
 - Allergie? Wenn ja welche: ja nein
4. Sprache/ Sprachverständnis:
 - Hat Ihr Kind einen altersentsprechenden Wortschatz? ja nein
 - Sprachstörungen, z.B. deutliche Fehler der Grammatik u./o. der Satzbildung? ja nein
 - Störung der Aussprache, z.B. Stottern o. Stammeln? 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 Ihr Kind wenig Kontakt mit Spielgefährden, da es sich sprachlich nicht ausreichend verständigen kann? ja nein
5. Verhalten:
 - Ist Ihr Kind tags und nachts sicher sauber? ja nein
 - Bestehen mehr als 3 x in der Woche Ein- u. Durchschlafstörungen? ja nein
 - Hat Ihr Kind häufig Streitereien mit anderen Personen, die Ihnen Sorge bereiten?
 ja nein
 - Weigert sich Ihr Kind häufig, Ihren Anweisungen zu folgen? ja nein
 - Hat Ihr Kind besonders viel Angst? Wenn ja, wo vor o. vor wem? ja nein
 - Kann sich Ihr Kind nur schwer von Ihnen trennen? ja nein
 - Hat Ihr Kind (feste) Freunde? ja nein
 - Spielt Ihr Kind nicht o. nur ungern mit Gleichaltrigen? ja nein
 - Kann Ihr Kind ausdauernd bei seinem Spiel bleiben? ja nein

Stört es häufig Spielkameraden? ja nein
 Muss es regelmäßig zu planvollem Spiel aufgefordert werden? ja nein

6. Grobmotorik:

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

Radfahren? ja nein
 Laufen? ja nein
 Ballspielen? ja nein
 Springen u. Klettern? ja nein

7. Feinmotorik:

Malt Ihr Kind ungern? ja nein
 Bastelt es weniger gern und ausdauernd? 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 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:

Vermag Ihr Kind mit anderen Kindern zu spielen? ja nein
 Hält sich Ihr Kind an Spielregeln? ja nein
 Kann es Spielkameraden trösten u. helfen, wenn nötig? ja nein
 Hat Ihr Kind gleichaltrige Freunde? ja nein
 Widmet sich Ihr Kind gestellten Aufgaben intensiv? ja nein
 Erzählt Ihr Kind logisch richtig, in zeitlicher Reihenfolge und in ungestörtem Sprachfluss? ja nein
 Hat Ihr Kind einen sicheren Mengenbegriff bis 5? ja nein
 Kann sich Ihr Kind ohne Anleitung selbst vollständig anziehen? ja nein
 Kann Ihr Kind ohne Hilfe auf einen ca. 35 cm hohen Hocker steigen und herabhüpfen? ja nein
 Fernseh/ Video/ PC pro Tag < 1h 1-3h > 3h