

Elternfragebogen – Vorsorgeuntersuchung U7

(21. – 24. Monat)

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

Datum:

	Ja	Nein
Bestanden schwerwiegende Erkrankung seit der U6: (OP, Krampfanfall, Krankenhaus, häufige/schwere Infektionen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist das Essverhalten altersgemäß (Kleinkinderkost)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Stuhlgang normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwenden Sie Fluorid-Zahnpasta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schätzen Sie das Hörvermögen als normal ein?	<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"/>
Ist eine Vitamin-D-Gabe im 2. Lebensjahr erfolgt (Winter)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläft Ihr Kind nachts durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang?		
Haben Sie mit dem Sauberkeitstraining begonnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läuft Ihr Kind sicher frei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind kleine Gegenstände auspacken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malt Ihr Kind eine flache Spirale nach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besucht Ihr Kind eine Kindereinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein	Nicht beobachtet
Soziale Kompetenz			
Erledigt im Haushalt einfache Aufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zieht Kleidungsstücke aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wäscht und trocknet die Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielt mit anderen, z.B. Fangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zieht Kleidungsstücke an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkennt sich im Spiegel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feinmotorik			
Kritzelt spontan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baut Turm mit 4 Klötzchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baut Turm mit 8 Klötzchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baut Brücke nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeichnet vertikale Linien nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprache			
3 Wörter außer Mama und Papa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befolgt 2 von 3 Aufforderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kombiniert 2 Wörter sinnvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benennt Bilder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwendet Mehrzahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sagt eigenen Namen (Vor-, ggf. auch Nachnamen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt auf benannten Körperteil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grobmotorik			
Steigt Treppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielt Fußball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirft Ball über die Hand lang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüpft auf der Stelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steht 1 Sekunde auf einem Bein (ohne Festhalten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fährt Laufrad / Dreirad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Springt aus dem Stand über 20cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Feststellung der Hörfähigkeit

	Ja	Nein
1. Befolgt Ihr Kind eine flüsternd oder leise gesprochene Aufforderung, einen Körperteil (z.B. Nase, Augen, Fuß usw.) zu zeigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Reagiert Ihr Kind richtig auf die geflüsterte Aufforderung in das Ohr, ein Wort nachzusprechen, ein Spielzeug zu geben, zur Tür zu gehen usw.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Erkennt Ihr Kind bekannte Geräusche (z.B. Auto der Eltern, Flugzeug, Tierlaute usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kann sich Ihr Kind schon in seiner „Sprache“ mit anderen Kindern „unterhalten“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hört Ihr Kind eine Mücke summen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>