

Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U8

Name, Vorname: _____ Datum: _____

	Kann Ihr 4jähriges Kind ...	
JA	... Gebraucht Ihr Kind das Wort "mir" oder "dir"?	Nein
JA	... die Ich-Form verwenden	Nein
JA	... Gebraucht Ihr Kind die Frageform "Warum"?	Nein
JA	... alle Wörter richtig aussprechen?	Nein
JA	... seine Kleidung oder die der Puppe zuknöpfen und aufknöpfen?	Nein
JA	... sich ohne Hilfe an und ausziehen?	Nein
JA	... seine Hände waschen und abtrocknen?	Nein
JA	... sich leicht von der Mutter trennen?	Nein
JA	... Dreirad fahren?	Nein
JA	... Spiele mit Rollenwechseln und nach Regeln spielen?	Nein
JA	... einen Ball aus zwei Meter Entfernung fangen?	Nein
JA	... Treppen im Wechselschritt hinuntergehen, ohne sich festzuhalten?	Nein
JA	... aus Knetmasse eine Walze formen?	Nein
JA	... erste Sechswortsätze sprechen?	Nein
JA	Gebraucht Ihr Kind das Zahlwort "zwei" für mehrere Gegenstände?	Nein
JA	... Gefühle sprachlich ausdrücken, z.B. Angst oder Traurigkeit?	Nein
JA	... Wünsche in der Ich-Form äußern, z.B. "Ich mag nicht!"?	Nein
JA	... sich an die Spielregel: "Einmal ich, einmal du" halten?	Nein
JA	Ist Ihr Kind in der Regel tagsüber und nachts trocken?	Nein
JA	... sich die Hose selbst ausziehen?	Nein
JA	... sich unter Anleitung selbst vollständig anziehen?	Nein
Nein	Mein Kind ist mehrmals im Monat traurig, weinerlich.	JA
Nein	Diese Stimmung setzt meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis.	JA
Nein	Mein Kind ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist.	JA
Nein	Ist es zu Hause beim Spielen leicht ablenkbar und unkonzentriert?	JA
Nein	Ist es im Kindergarten sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert?	JA
Nein	Ist es zu Hause (z.B. beim Essen) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen?	JA
Nein	Ist es im Kindergarten sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen?	JA
Nein	Ist es beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten?	JA

Nein	Rennt es ohne zu schauen auf die Straße?	JA
Nein	Scheint es bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen?	JA
Nein	Hat es täglich einen Wutanfall?	JA
Nein	Ist es zu Hause ständig ungehorsam?	JA
Nein	Ist es im Kindergarten häufig ungehorsam?	JA
Nein	Hat es Spaß dran Dinge, die ihm nicht gehören, zu zerstören?	JA
Nein	Quält es manchmal Tiere?	JA
Nein	Prügelt es sich häufig mit anderen Kindern?	JA
Nein	Dabei kommt es auch häufiger zu blauen Flecken und kleineren Verletzungen.	JA
Nein	Hat es Angst vor fremden Erwachsenen?	JA
Nein	Hat es Angst vor fremden gleichaltrigen Kindern?	JA
Nein	Nimmt es auf dem Spielplatz zu fremden Kindern kein Kontakt auf?	JA
Nein	Spricht es fast jede fremde Person an?	JA
Nein	Geht es schon nach kurzer Zeit mit fremden Personen überall hin mit?	JA
Nein	Weigert es sich oft, mit fremden Erwachsenen zu sprechen, auch wenn es etwas gefragt wird?	JA
Nein	Sucht es bei seinen Eltern keinen Trost, wenn es sich wehgetan hat?	JA
Nein	Kommt es nicht zu seinen Eltern, wenn es Angst hat?	JA
Nein	Ist es noch sehr unselbständig, kann sich schlecht selbst beschäftigen?	JA
Nein	Wehrt es sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen?	JA
Nein	Hängt es am Rockzipfel der Mutter, will nichts allein machen?	JA
Nein	Reagiert es mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird?	JA
Nein	Ist es häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht)?	JA
Nein	Ist es gegenüber Schmerz sehr unempfindlich?	JA
Nein	Streitet es sich jeden Tag mit seinen Geschwistern?	JA
Nein	Kann es mit seinen Geschwistern nicht friedlich zusammen spielen?	JA
Nein	Ist es im höchsten Maße eifersüchtig auf seine Geschwister?	JA
Nein	Haben Sie bei Ihrem Kind Verhaltensauffälligkeiten bemerkt (z.B. Schlafstörungen, unkonzentriertes Spielen)? Wenn "Ja", welche:	JA
Nein	Hat Ihr Kind Probleme beim Wasserlassen (z.B. Einnässen)?	JA
JA	Bekommt Ihr Kind Fluorkariesprophylaxe (Zytrafluor, Fluorettten, fluoriertes Salz oder fluoridierte Zahnpaste)? Wenn "Ja", welches:	Nein

Nein	Sind Sie in irgendeiner Weise besorgt um die Entwicklung Ihres Kindes? Hatte es einen Krampfanfall; abnorme Stühle; Schwierigkeiten beim Essen oder Trinken; gehäuft Infektionen, starkes Schwitzen? Wenn "Ja":	JA
------	--	----

Fragen zu Hörauffälligkeiten :

Nein	Schnarcht ihr Kind?	JA
Nein	Hatte Ihr Kind bereits mehr als 3 Mittelohrentzündungen ?	JA
Nein	Hört Ihr Kind lauter als andere Familienmitglieder Musik oder macht es den Fernseher auffallend laut?	JA
Nein	Haben Sie den Eindruck, Ihr Kind versteh Sie gelegentlich nicht ?	JA
Nein	Missversteht Ihr Kind häufig Anweisungen, wenn es dabei dem Sprecher nicht auf den Mund sehen kann?	JA
Nein	Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind normal gesprochene Worte teilweise nur mühsam versteht und seine Konzentration beim Zuhören schnell nachlässt?	JA
Nein	Wird Ihr Kind von anderen Kindern beim Spielen ausgeschlossen, weil es sich mit seinen Spielgefährten nicht ausreichend sprachlich verständigen kann?	JA
Nein	Findet Ihr Kind wenig Kontakt mit Spielgefährten, spielt es lieber allein?	JA
JA	Erkennt Ihr Kind mit großer Sicherheit bekannte Geräusche (z.B. Öffnen des Garagentores, Motorgeräusche, ...)?	Nein