

U10 - Elternfragebogen

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt von: Mutter Vater Sonstiges: _____

Zur Vorbereitung auf die Vorsorgeuntersuchung möchten wir Sie bitten diesen Fragebogen auszufüllen, damit wir die Entwicklung Ihres Kindes besser beurteilen können. Kreuzen Sie bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Ihrem Kind in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind.

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hat Ihr Kind Migräne? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Musste Ihr Kind wegen Kopfschmerzen zum Arzt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leidet Ihr Kind an asthmatischen Beschwerden/chronischer Bronchitis? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Will Ihr Kind bei jeder Kleinigkeit einen Arzt aufsuchen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind manchmal nervöse Zuckungen (z.B. Blinzeln- oder Räuspertic)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Weigert sich Ihr Kind auch tagsüber bei Freunden/Verwandten zu bleiben? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schläft Ihr Kind nachts im Elternbett, obwohl Sie das nicht gerne sehen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kann Ihr Kind schlecht einschlafen (d.h. liegt mehr als eine Stunde wach)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wacht Ihr Kind nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Stottert Ihr Kind? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lispelt Ihr Kind? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind im letzten halben Jahr mindestens zweimal das Bett oder die Hose nass gemacht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind im letzten Jahr mindestens einmal eingekotet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind meistens nur wenig Appetit? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind ständig Angst, zu dick zu werden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind wegen des Essverhaltens mindestens 7kg abgenommen und ist nun untergewichtig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind mindestens 10kg Übergewicht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wird Ihr Kind wegen des Übergewichts gehänselt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

- Ist Ihr Kind die meiste Zeit aufsässig und ungehorsam? Ja Nein
- Ist Ihr Kind aufsässiger und ungehorsamer als andere Kinder seines Alters? Ja Nein
- Wurde Ihr Kind wegen seines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, von einem Ausflug oder einer Klassenfahrt ausgeschlossen? Ja Nein
- Schwänzt Ihr Kind manchmal die Schule? Ja Nein
- Streitet sich Ihr Kind fast täglich mit seinen Geschwistern? Ja Nein
- Kommt es dabei auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien oder Drohungen? Ja Nein
- Wird Ihr Kind von anderen Kindern häufiger geärgert, gehänselt oder gequält? Ja Nein
- Hat Ihr Kind Angst vor anderen Kindern? Ja Nein
- Hat Ihr Kind überhaupt keinen Kontakt zu Gleichaltrigen? Ja Nein
- Prügelt sich Ihr Kind häufig mit anderen Kindern? Ja Nein
- Ist es dabei auch schon zu ernsthaften Verletzungen gekommen? Ja Nein
- Wechselt Ihr Kind häufig die Freunde? Ja Nein
- Ist Ihr Kind in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert? Ja Nein
- Ist Ihr Kind bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert? Ja Nein
- Ist Ihr Kind bei Regelspielen (Karten- bzw. Brettspiele) sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert? Ja Nein
- Ist Ihr Kind in der Schule sehr unruhig, zappelig und kann nicht still sitzen? Ja Nein
- Ist Ihr Kind im Straßenverkehr sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten? Ja Nein
- Ist Ihr Kind beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder Zuhause sehr unüberlegt und vorschnell? Ja Nein
- Hat Ihr Kind täglich einen Wutanfall? Ja Nein
- Ist Ihr Kind überängstlich, macht sich viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben) und wird dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“? Ja Nein
- Mein Kind hat panische Angst
- vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten
 - davor, alleine Zuhause zu bleiben
 - vor fremden Menschen
 - vor Gewitter oder Dunkelheit
 - vor dem Zahnarzt, vor Spritzen, Blut oder Verletzungen
 - vor nichts
- Ist Ihr Kind übertrieben ordentlich? Ja Nein

- Wäscht Ihr Kind sich oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind? Ja Nein
- Kontrolliert Ihr Kind bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist usw.)? Ja Nein
- Kaut oder reißt Ihr Kind so stark an den Fingernägeln, dass es häufig zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise frei liegt? Ja Nein
- Weigert sich Ihr Kind oft mit fremden Erwachsenen zu sprechen, auch wenn es etwas gefragt wird? Ja Nein
- Ist Ihr Kind mindestens einmal pro Woche für mindestens 3 Stunden traurig oder niedergeschlagen? Ja Nein
- Steht diese Stimmung meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis? Ja Nein
- War Ihr Kind mindestens zwei Wochen traurig oder niedergeschlagen? Ja Nein
- Ist Ihr Kind nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist? Ja Nein
- Hat Ihr Kind schon einmal ernsthaft gesagt, dass es sich umbringen will? Ja Nein
- Hat Ihr Kind schon gelegentlich geraucht? Ja Nein
- Hat Ihr Kind schon hin und wieder Alkohol getrunken? Ja Nein
- Macht Ihr Kind Probleme, weil es oft lügt? Ja Nein
- Hat Ihr Kind Zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolles (Wert höher als 30€) gestohlen? Ja Nein
- Hat Ihr Kind schon mindestens fünfmal weniger wertvolle Dinge entwendet? Ja Nein
- Hat Ihr Kind schon einmal mit Absicht Dinge, die ihm nicht gehören, zerstört oder beschädigt? Ja Nein
- Ist Ihr Kind schon einmal von Zuhause weggelaufen? Ja Nein

Machen Sie sich Sorgen bezüglich der Entwicklung Ihres Kindes?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche?
