

Vorsorge U7

Liebe Eltern,

nachfolgend bitten wir Sie um das möglichst genaue Ausfüllen des Fragebogens.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name des Patienten: _____ **Geburtsdatum:** _____

Mein Kind...

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Zieht einzelne Kleidungsstücke selbst an und aus. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann sich selbstständig die Hände waschen und abtrocknen. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erledigt im Haushalt einfache Aufträge. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kann selbstständig am Tisch mitessen. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist manchmal trotzig und eifersüchtig. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beginnt direkt zu „kritzeln“ bzw. malt flache Spiralen, wenn es einen Stift bekommt. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann den Pinzettengriff mit beiden Händen (Greifen mit Daumen und Zeigefinger) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schafft es Bonbons oder andere kleine Gegenstände auspacken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann sich durch Gestik <u>und</u> Sprache ausdrücken. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zeigt auf ein genanntes Körperteil (z.B. Nase, Mund) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände zeigen. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Bitte Umblättern 



-
- Kann ein paar Schritte auf Zehenspitzen gehen. ja nein
- Kann Rückwärts laufen. ja nein
- Spielt Fußball. ja nein
- Kann einen Ball werfen. ja nein
- Kann auf einer Stelle hüpfen. ja nein
- Fährt Bobbycar oder Laufrad. ja nein
- Kann die Treppe hinauf/herunter gehen, wenn es sich mit einer Hand festhält. ja nein
- Schaut gerne Bilderbücher an. ja nein
- Bittet um Hilfe, wenn es diese benötigt. ja nein
- Erkennt sich selbst im Spiegel oder auf Foto's. ja nein
- Kann ca. 15 min. alleine spielen, wenn ich nicht direkt da bin, aber z.B. im Nebenraum. ja nein
- Freut sich über andere Kinder, zeigt Interesse. ja nein
- Zeigt ein altersgerechtes Essverhalten. ja nein
- Hat normalen Stuhlgang. ja nein
- Reagiert auf laute und leise Geräusche. ja nein
- Schnarcht regelmäßig ja nein
- Benutzt eine Zahnpasta, welche Fluorid enthält. ja nein
- Hatte seit der letzten Vorsorgeuntersuchung schwerwiegende Erkrankungen bzw. Operationen.
- ja _____ nein