

Vorsorge U7a

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 unter Anleitung selbst an. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann Schuhe selber anziehen (z.B. Gummistiefel). | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lässt sich leicht von einer Bezugsperson trennen (z.B. Im Kindergarten) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Möchte im Haushalt mithelfen, kann einfache Aufgaben erledigen. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann einen Kreis und eine gerade Linie malen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann zwischen klein und groß unterscheiden. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann einen Turm mit 8 Klötzchen bauen. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann eine Brücke aus Bauklötzen bauen. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schafft es Seiten einer Zeitschrift ordentlich umzublättern (ohne es zu beschädigen). | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Weiß wo oben bzw. unten ist, kann Ortsangaben richtig zuordnen. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Versteht Gefühle, wie Hunger/Müdigkeit/Kälte und kann sich selbst dabei einschätzen. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Bitte Umblättern 

- Stottert nicht. ja nein
- Kann seinen Rufnamen sagen. ja nein
- Steht ca. eine Sekunde auf einem Bein. ja nein
- Hüpft auf der Stelle. ja nein
- Kann nach vorne hüpfen (ca. eine Schrittlänge). ja nein
- Kann Dreirad fahren. ja nein
- Kann die Treppe im Wechselschritt hinauf gehen, wenn es sich mit einer Hand festhält. ja nein
- Hüpft manchmal von der untersten Treppenstufe herunter und kann das Gleichgewicht gut halten. ja nein
- Kann ohne Gleichgewichtsprobleme Hindernisse umsteuern, wenn es rennt. ja nein
- Zeigt beim Rennen einen deutlichen Armschwung. ja nein
- Kann, wenn es rennt, plötzlich stehen bleiben, ohne das Gleichgewicht zu verlieren. 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