

Vorsorge U8:

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 sich leicht von der Mama trennen (z.B. Im Kindergarten) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Spielt gerne mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist tagsüber und nachts „trocken“. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann seine Emotionen bei alltäglichen Ereignissen meist selbst regulieren. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Stellt W-Fragen: Warum? Wie? Wo? Wies? Woher? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann Perlen auf einer Schnur auffädeln. | <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 |
| Versteht Ortsangaben. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erkennt Farben richtig. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Bitte Umblättern 

-
- Kann Gegensätze angeben (z.B. groß/klein, nass/trocken, kalt/warm). ja nein
- Kann seinen Vor- und Nachnamen sagen. ja nein
- Kann Sechswortsätze in Kindersprache sprechen und wird auch von fremden Personen gut verstanden. ja nein
- Stottert nicht. ja nein
- Kann Mengenangaben richtig deuten. (Bsp.: Gib mir bitte 3 Stifte.) ja nein
- Kann auf einem Bein hüpfen. ja nein
- Kann fünf Sekunden auf einem Bein stehen. ja nein
- Kann den „Zehen-Hacken-Gang“. (Auf Zehenspitzen und Ferse abwechselnd auftreten. ja nein
- Kann auf einer Linie laufen. ja nein
- Kann nach vorne hüpfen, ca. eine Schrittlänge. ja nein
- Kann die Treppen ohne Hilfe hinauf und hinunter gehen. ja nein
- Kann Laufrad fahren. 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