

## Vorsorge U9:

Liebe Eltern,

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

**Name des Patienten:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

### Mein Kind...

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Spielt mit anderen Kindern.  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann sich auf ein Spiel konzentrieren und Spielregeln einhalten.   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kann sich selbstständig anziehen.  | <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 und leichtere, übliche Enttäuschungen meistens tolerieren. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Geht in den Kindergarten.  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Spielt Rollenspiele.   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat Freunde, lädt andere Kinder zum Spielen ein und wird selbst von anderen eingeladen.  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann teilen (z.B. Spielzeug, Süßigkeiten, oder ähnliches).   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann sich von einer Bezugsperson trennen.  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Versteht Signale die Gefühle ausdrücken (z.B. Mimik, Gestik, Kummer, Trauer, Weinen, Lachen) und reagiert darauf.                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Bitte Umblättern 

- 
- Spricht grammatikalisch richtig - auch ganze Sätze - und ohne auffällige Aussprachefehler.  ja  nein
- Stottert nicht.  ja  nein
- Versteht Zeitbegriffe (Bsp.: morgens/mittags/abends, gestern/heute/morgen).  ja  nein
- Wird von außerfamiliären Personen problemlos verstanden.  ja  nein
- Kann Mengenangaben richtig deuten. (Bsp.: Gib mir bitte 3 Stifte.)  ja  nein
- Kann „blind“ auf einer Linie gehen.  ja  nein
- Kann länger als 10 Sekunden auf einem Bein stehen.  ja  nein
- Kann auf einem Bein hüpfen.  ja  nein
- Kann die Treppen ohne Hilfe im Wechselschritt hinauf und hinunter gehen.  ja  nein
- Kann aus einer Höhe von ca. 40cm sicher auf den Boden hüpfen.  ja  nein
- Kann einen Ball fangen und werfen.  ja  nein
- Kann mit einer Kinderschere an einer geraden Linie entlang schneiden.  ja  nein
- Hat Spaß an einfachem Basteln und Malen.  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