

Elternfragebogen für die Vorsorgeuntersuchung U6 (10.-12. Lebensmonat)

Liebe Eltern und Familien,
viele Verhaltensweisen eines Kindes lassen sich in einer kurzen Untersuchungssituation nicht beobachten. Dabei sind es aber oft gerade diese Verhaltensweisen, die Aufschluss über die Entwicklung des Kindes geben können. Neben der eigentlichen ärztlichen Untersuchung, besitzen daher die elterlichen Beobachtungen für die Gesamtbeurteilung der Entwicklung einen hohen Stellenwert.

Wir bitten sie daher den folgenden Elternfragebogen im Vorfeld der Vorsorgeuntersuchung zu beantworten und diesen, neben dem gelben Vorsorgeheft und dem Impfausweis, zum Vorsorgetermin mitzubringen.

Nicht alle Fragen müssen bzw. sollen bei einem normal entwickelten und gesunden Kind mit „Ja“ beantwortet werden, versuchen Sie den Fragebogen daher ehrlich und vollständig zu beantworten.

Die Fragebögen aller Vorsorgen stehen Ihnen auch zum vorigen Ausdruck auf unserer Homepage zur Verfügung („Links & Downloads“). Alle Angaben sind natürlich freiwillig, Fragen zu denen Sie keine Angaben machen möchten, lassen Sie einfach frei.

Name des Kindes: _____

Ernährung / Ausscheidung / Wachstum

		Ja	Nein
1.	Sind Sie mit dem Essverhalten / Trinkverhalten Ihres Kindes zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Bekommt Ihr Kind eine normale Mischkost, ggf. in Breiform?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Isst Ihr Kind am Tisch mit der Familie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Isst Ihr Kind mit normalem Appetit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Hat Ihr Kind regelmäßig und ohne Beschwerden Stuhlgang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Ist der Stuhlgang von normaler Konsistenz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Hat Ihr Kind in den letzten Monaten zugenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Erhält Ihr Kind eine tägliche Vitamin D Prophylaxe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Erhält Ihr Kind eine tägliche Fluoridprophylaxe oder Fluoridzufuhr über die Zahnpasta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sehvermögen

		Ja	Nein
1.	Erkennt Ihr Kind Sie bereits aus mehreren Metern als vertraute Person?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Untersucht Ihr Kind Objekte im nahen Blickfeld?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Reagiert Ihr Kind auf von rechts und links hingehaltene Gegenstände?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Beobachten Sie flüssige Blickfolgebewegungen in allen Distanzen und Richtungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Findet und untersucht Ihr Kind kleine Gegenstände z.B. Flusen oder Krümel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Greift Ihr Kind zielsicher nach Gegenständen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Beobachten Sie ein vereinzelt oder dauerhaftes Schielen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hörvermögen

		Ja	Nein
1.	Reagiert Ihr Kind mit Schreckreaktion auf plötzliche, laute Geräusche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Reagiert Ihr Kind auf leise Geräusche? (z.B. Flüstern oder entferntes Bellen eines Hundes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Beobachten Sie eine gerichtete Blick-/Kopfwendung in Richtung von Geräuschquellen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Motorik

	Grobmotorik	Ja	Nein
1.	Beobachten Sie seitengleiche Bewegungen aller Extremitäten (Beine und Arme)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Beobachten Sie eine Art der Fortbewegung (Krabbeln/Kriechen/Robben/Rollen)? <small>[GS ET 6-6]</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Kann Ihr Kind frei Sitzen, mit geradem Rücken und guter Kopfkontrolle (mind. 60 Sekunden)? <small>[GS Michaelis]</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Zieht sich Ihr Kind an Gegenständen hoch in den Stand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Beobachten Sie eine Oberkörperaufrichtung mit Stütz auf die gestreckten Arme in Bauchlage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Beobachten Sie längere Phasen von unwillkürlichen Zuckungen der Muskulatur oder ganzer Extremitäten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Feinmotorik	Ja	Nein
7.	Dreht Ihr Kind Objekte in den Händen und erkundet diese mit den Händen und Augen (taktile und visuelle Exploration)? <small>[GS Michaelis]</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Beobachten Sie einen sog. „Scherengriff“, mit Basis von Daumen und Zeigefinger? <small>[GS Michaelis]</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Ja	Nein
9.	Beobachten Sie einen sog. „Pinzettengriff“ mit Spitze von Daumen und Zeigefinger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Läßt Ihr Kind nach Aufforderung Gegenstände wieder los?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Zeigt Ihr Kind mit dem Zeigefinger auf Gegenstände?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Übernimmt Ihr Kind hingehaltenen Gegenstände aus der Hand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Schlägt Ihr Kind Gegenstände gegeneinander?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Schlafverhalten

		Ja	Nein
1.	Sind Sie zufrieden mit dem Einschlaf-/Schlafverhalten Ihres Kindes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Bestehen Ein- oder Durchschlafprobleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Kommt es regelhaft zu nächtlicher Nahrungsaufnahme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Kommt es zu regelmäßigen nächtlichen Unruhephasen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Soziale Interaktion (nach F. Petermann & T. Macha)

		Ja	Nein
1.	Lenkt Ihr Kind durch zeigen mit dem Zeigefinger Ihre Aufmerksamkeit auf Gegenstände oder Personen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Gibt Ihr Kind Ihnen einen Gegenstand und erwartet, dass Sie ihn zurückgeben (z.B. Ball oder Auto zurollen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Winkt Ihr Kind unaufgefordert, wenn eine vertraute Person sich verbal verabschiedet oder seinerseits winkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Reagiert Ihr Kind auf ein ruhig gesprochenes „Nein!“ und hält einen Augenblick lang in seiner Tätigkeit inne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Versucht Ihr Kind seine Wünsche in ruhiger Art (ohne schreien oder weinen) durch Mimik, Gestik oder Laute, aber anders als durch bloßes „Drauf-zeigen“, zu äußern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Freut sich Ihr Kind über die Anwesenheit anderer Kinder?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Interagiert Ihr Kind mit gleichaltrigen Kindern durch Gesten, Zuruf oder Lautieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Beobachtet Ihr Kind gleichaltrige Kinder, spielt in der Nähe und imitiert das Spiel des anderen Kindes, ohne mit dem Kind zusammenzuspielen (beide spielen das Gleiche, aber jeder für sich allein; sog. Parallelspiel)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Realisiert Ihr Kind eine Trennung von Hauptbezugspersonen und reagiert dabei mit Enttäuschung und Frustration?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Distanziert sich Ihr Kind manchmal phasenweise gezielt und bewusst von Ihnen, indem es demonstrativ Interaktion, Essen oder Körperkontakt verweigert oder den Kopf schüttelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Ja	Nein
11.	Ist Ihr Kind sensibel für Lob und Tadel und erprobt dabei wie weit es gehen kann?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Kann Ihr Kind bei alltäglichen Ärgernissen allermeist innerhalb von ca. 3 Minuten Trost wieder beruhigt werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lebenspraktische Fertigkeiten (nach F. Petermann & T. Macha)

		Ja	Nein
1.	Gebraucht Ihr Kind seinen Zeigefinger, um Objekte zu aktivieren (z.B. Drücken von Knöpfen, Tasten oder Schaltern)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Kann Ihr Kind eine Buchseite aus Papier/Pappe einzeln umblättern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Entfernt Ihr Kind spontan ein über sein Gesicht gelegtes Tuch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Beseitigt Ihr Kind zielgerichtet Hindernisse, um an einen Gegenstand zu gelangen (öffnet angelehnte Türen oder schiebt Dinge zur Seite)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Ahmt Ihr Kind einfache Handlungen nach (z.B. Haare bürsten oder Telefonieren)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Gewinnt und lenkt Ihr Kind die Ihre Aufmerksamkeit mittels lautieren auf einen Gegenstand (z.B. Spielzeug außerhalb der Reichweite oder gewünschte Nahrung in einer Tasche)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Verwendet Ihr Kind sprachähnliche Laute, in Form von Silbenketten (z.B. Ah-ba-ba-ba-da)? <small>[GS Michaelis]</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Verwendet Ihr Kind sprachähnliche Laute, in Form von Silbenverdopplung (z.B. baba-dada-gaga)? <small>[GS ET 6-6]</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Lässt sich Ihr Kind mit Brei füttern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Isst Ihr Kind mit den Fingern, wobei große und/oder kleine Nahrungstücke ergriffen und selbst zum Mund geführt werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Trinkt Ihr Kind aus einer normalen Tasse und/oder Becher, die von Erwachsenen gehalten wird (kein Trinklernbecher)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Beißt Ihr Kind feste Nahrung von größeren Einheiten ab, kaut/zerkleinert anschließend die Nahrung im Mund und schluckt diese dann problemlos herunter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Schließt Ihr Kind von bestimmten Kleidungsstücken auf bestimmte Ereignisse (z.B. wird es unruhig, wenn Sie Ihre Jacke anziehen, um wegzugehen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Steckt Ihr Kind beim Anziehen selbst die Arme und Beine in die entsprechenden Öffnungen der Kleidungsstücke?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Zieht sich Ihr Kind ohne Hilfe selbstständig Socken oder Strümpfe aus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche sonstigen Beobachtungen machen Ihnen bei Ihrem Kind Sorgen?

- keine
- folgende Beobachtungen:

In welchen Bereichen der Versorgung Ihres Kindes fühlen Sie sich aktuell sehr stark gefordert oder sogar überfordert?

Fragebogen ausgefüllt am: _____, von _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr Praxisteam Beck