KINDERARZTPRAXIS
GABRIELE HENDRICKS
KATHRIN WAGENER

Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U7a

Name des Kindes:	**Geburtsdatum:**
Alter: ____ Jahre , ____ Monate	
Geschlecht: weiblich männlich	

Fragen zur Entwicklung	Ja	Nein
Mein Kind hüpft sicher mit beiden Beinen von der untersten Treppenstufe		
Mein Kind kann beim Rennen Hindernisse umgehen und plötzlich anhalten		
Mein Kind kann im Wechselschritt Treppen steigen		
Beim Greifen von kleinen Gegenständen benutzt mein Kind die Fingerspitzen der ersten drei Finger		
Mein Kind benutzt einen Löffel mit wenig Kleckern		
Mein Kind kann eingewickelte Bonbons oder andere kleine Gegenstände auspacken		
Mein Kind blättert Buch-, Heft- oder Katalogseiten einzeln um		
Mein Kind kritzelt mit dem Stift		
Mein Kind spricht Sätze aus 3-5 Wörtern		
Mein Kind verwendet den eigenen Vornamen richtig		
Mein Kind möchte im Haushalt mithelfen		
und ahmt die Tätigkeiten Erwachsener im Rollenspiel mit anderen Kindern nach		
Mein Kind spielt intensive „als ob –Spiele“ (z.B. Stock wird zum Schwert, Puppen werden gefüttert)		
Mein Kind spielt über 5-10 Minuten mit anderen Kindern, spricht dabei, gibt und nimmt Gegenstände		

Fragen zum Verlauf		
Gab es seit der U7 bei Ihrem Kind:	Ja	Nein
Ernste Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle?		
Schwere oder häufige Infekte?		
Gibt es Probleme mit dem Essen?		
Gibt es Probleme mit dem Stuhlgang?		
Hört Ihr Kind gut?		
Schnarcht Ihr Kind häufig?		
Sind Sie zufrieden mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes?		

Wird Ihr Kind von anderen gut verstanden?		
Stottert Ihr Kind manchmal?		

	Ja	Nein
Wird Ihr Kind noch ganztags von Ihnen betreut?		
Wenn nein: wo und von wem wird es betreut		
Sind Sie alleinerziehend?		
Gibt es besondere Belastungen in Ihrer Familie?		
Wenn ja, welche?		

Gibt es Fragen, die Sie im Anschluss an die Untersuchung besprechen möchten?

Ausgefüllt am:

Ausgefüllt von:

Mannheimer Fragebogen MEF U7a	Stimmt	Stimmt nicht	das ist ein Problem für mich
Name des Kindes:			
1. Kann mindestens 3 x pro Woche schlecht einschlafen – liegt mindestens 1 Stunde wach			
2. Wacht mindestens 1 x pro Nacht auf und liegt dann mindestens 1 Stunde wach			
3. Schläft nachts mit im Elternbett, obwohl ich das nicht gerne sehe			
4. Hat meistens nur wenig Appetit			
5. Ist untergewichtig			
6. Ist extrem wählerisch beim Essen			
7. Kann sich schlecht von der Mutter trennen			
8. Dabei kommt es zu langem Schreien oder Weinen mindestens eine Viertelstunde			
9. Hat vor vielen Dingen panische Angst			
10. Ist überaus schreckhaft			
11. Ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht still sitzen			
12. Ist mitunter beim spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten			
13. Scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zukennen			
14. Hat täglich einen Wutanfall			
15. Ist zu Hause ständig ungehorsam			
16. Zerstört häufig Gegenstände			
17. Hat große Angst vor fremden Erwachsenen			
18. Spricht fast jede fremde Person an			
19. Geht schon nach kurzer Zeit mit fremder Person überall mit			
20. Wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen			
21. Reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird			
22. Ist häufig ohne Kontakt zu seiner Umgebung – blickt ins Leere, reagiert nicht			
23. Ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich			
25. Erkrankungen in der Familie: Diabetes, Schilddrüse, Hypercholseterinämie			
29. Betreuung: zu Hause O Kiga/Kita O Tagesmutter O			
Alleinerziehend: O , Geschwisterzahl: _____ ; Stunden TV/Video/Tablet pro Tag	< 1h	1- 3 h	> 3 h