



Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U8

Name, Vorname: _____ Datum: _____

Kann Ihr 4jähriges Kind ...		
JA <input type="checkbox"/>	... Gebraucht Ihr Kind das Wort "mir" oder "dir"?	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... die Ich-Form verwenden	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... Gebraucht Ihr Kind die Frageform "Warum"?	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... alle Wörter richtig aussprechen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... seine Kleidung oder die der Puppe zuknöpfen und aufknöpfen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... sich ohne Hilfe an und ausziehen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... seine Hände waschen und abtrocknen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... sich leicht von der Mutter trennen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... Dreirad fahren?	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... Spiele mit Rollenwechseln und nach Regeln spielen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... einen Ball aus zwei Meter Entfernung fangen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... Treppen im Wechselschritt hinuntergehen, ohne sich festzuhalten?	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... aus Knetmasse eine Walze formen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... erste Sechswortsätze sprechen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	Gebraucht Ihr Kind das Zahlwort "zwei" für mehrere Gegenstände?	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... Gefühle sprachlich ausdrücken, z.B. Angst oder Traurigkeit?	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... Wünsche in der Ich-Form äußern, z.B. "Ich mag nicht!"?	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... sich an die Spielregel: "Einmal ich, einmal du" halten?	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	Ist Ihr Kind in der Regel tagsüber und nachts trocken?	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... sich die Hose selbst ausziehen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... sich unter Anleitung selbst vollständig anziehen?	Nein <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Mein Kind ist mehrmals im Monat traurig, weinerlich.	JA <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Diese Stimmung seht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis.	JA <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Mein Kind ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist.	JA <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Ist es zu Hause beim Spielen leicht ablenkbar und unkonzentriert?	JA <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Ist es im Kindergarten sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert?	JA <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Ist es zu Hause (z.B. beim Essen) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen?	JA <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Ist es im Kindergarten sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen?	JA <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Ist es beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten?	JA <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Rennt es ohne zu schauen auf die Straße?	JA <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Scheint es bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen?	JA <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Hat es täglich einen Wutanfall?	JA <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Ist es zu Hause ständig ungehorsam?	JA <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Ist es im Kindergarten häufig ungehorsam?	JA <input type="checkbox"/>

Nein	<input type="checkbox"/>	Hat es Spaß dran, Dinge, die ihm nicht gehören, zu zerstören?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Quält es manchmal Tiere?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Prügelt es sich häufig mit anderen Kindern?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Dabei kommt es auch häufiger zu blauen Flecken und kleineren Verletzungen.	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Hat es Angst vor fremden Erwachsenen?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Hat es Angst vor fremden gleichaltrigen Kindern?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Nimmt es auf dem Spielplatz zu fremden Kindern kein Kontakt auf?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Spricht es fast jede fremde Person an?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Geht es schon nach kurzer Zeit mit fremden Personen überall hin mit?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Weigert es sich oft, mit fremden Erwachsenen zu sprechen, auch wenn es etwas gefragt wird?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Sucht es bei seinen Eltern keinen Trost, wenn es sich wehgetan hat?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Kommt es nicht zu seinen Eltern, wenn es Angst hat?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Ist es noch sehr unselbständig, kann sich schlecht selbst beschäftigen?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Wehrt es sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Hängt es am Rockzipfel der Mutter, will nichts allein machen?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Reagiert es mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Ist es häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht)?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Ist es gegenüber Schmerz sehr unempfindlich?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Streitet es sich jeden Tag mit seinen Geschwistern?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Kann es mit seinen Geschwistern nicht friedlich zusammen spielen?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Ist es im höchsten Maße eifersüchtig auf seine Geschwister?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Haben Sie bei Ihrem Kind Verhaltensauffälligkeiten bemerkt (z.B. Schlafstörungen, unkonzentriertes Spielen? Wenn "Ja", welche:	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Hat Ihr Kind Probleme beim Wasserlassen (z.B. Einnässen)?	JA	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Bekommt Ihr Kind Fluorkariesprophylaxe (Zymafluor, Fluoretten, fluoriertes Salz oder fluoridierte Zahnpaste)? Wenn "Ja", welches:	Nein	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Sind Sie in irgendeiner Weise besorgt um die Entwicklung Ihres Kindes? Hatte es einen Krampfanfall; abnorme Stühle; Schwierigkeiten beim Essen oder Trinken; gehäuft Infektionen, starkes Schwitzen? Wenn "Ja":	JA	<input type="checkbox"/>