

Dr. med. Nikolaus Weissenrieder

Kinder- und Jugendarzt - Frauenarzt - Qualitätsmanager Kinder- und Jugendgynäkologie

Praxiszentrum Saarstrasse
Saarstr. 7
80797 München

Tel.: 089 / 30 75 94 64
www.praxiszentrum-saarstrasse.de
E-Mail: info@praxiszentrum-saarstrasse.de

Elternfragebogen

Vorsorge U7A

Vorname:

Name:

Liebe Eltern,

viele Verhaltensweisen eines Kindes lassen sich in einer Untersuchungssituation nicht beobachten. Dabei sind es oft gerade diese Verhaltensweisen, die Aufschluss über die Entwicklung Ihres Kindes geben können. In diesem Fragebogen finden Sie Aussagen über kindliche Verhaltensweisen. Kreuzen Sie bitte jeweils an, ob Sie entsprechende Beobachtungen in den letzten Wochen gemacht haben.

Fragen zum Spielverhalten, zur Gruppenfähigkeit und zur Konzentrationsfähigkeit				
EF	Besuch einer Kleinkindgruppe?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja welche	
EF	Kann es sich ohne Schwierigkeiten über einige Stunden von Ihnen trennen, wenn es in dieser Zeit von einer gut bekannten Person betreut wird?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
EF	Spielt es mit einem anderen Kind - mindestens 5 Minuten – gemeinsam ein Spiel: Die Kinder sprechen dabei und tauschen Gegenstände aus.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
EF	Übernimmt es spielerisch eine Rolle? z.B. „Ich bin ein Baby und Du musst mich füttern“ oder „Ich bin jetzt ein Löwe und fresse dich“ oder „Ich bin ein Polizist und verhafte dich“	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
EF	Kann es Dinge (z.B. Süßigkeiten) zwischen sich und anderen Kindern gerecht aufteilen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
EF	Stellt es sich von sich aus in einer Reihe an? (z.B. in einer Schlange vor der Rutsche, an einer Kasse)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
EF	Kann es sich für mindestens eine halbe Stunde alleine in einem Zimmer beschäftigen? (ein Erwachsener kann in der Nähe sein, aber nicht im selben Raum)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
EF	Lässt es sich gerne Vorlesen?	<input type="checkbox"/> will nicht	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> gerne
EF	Betrachtet es alleine ausdauernd Bilderbücher?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> meistens
EF	Kann es mindestens 5 Minuten aufmerksam einer vertrauten Geschichte zuhören?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Fragen zur Sprachentwicklung				
EF	Es erzählt kleine Erlebnisse in weitgehend richtiger zeitlicher und logischer Reihenfolge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
EF	Es stellt häufig Fragen mit „Warum?“, „Wieso?“, „Woher?“, „Wie denn?“, „Wo denn?“ und hört dann auch aufmerksam zu	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
EF	Es erzählt Geschichten und Begebenheiten durch das Verbinden der Sätze mit „und-und-und“ oder „und-dann-und-dann“	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sprechzeiten:				
Montag:		9.00 - 12.00 / 16.00 - 19.00 Uhr		
Dienstag:		9.00 - 12.00 / 16.00 - 20.00 Uhr		
Mittwoch:		9.00 - 16.00 Uhr		
Donnerstag:		9.00 - 12.00 / 15.00 - 18.00 Uhr		
Freitag		9.00 - 12.00 / 14.00 - 16.00 Uhr		
Telefonische Sprechstunde Mo-Fr 12.30 - 13.30 Uhr				
Kindergynäkologische Sprechstunde Mi 14.00 - 16.00 Uhr				

EF	Es verwendet Wörter wie „ich“, „mein“, „mir“, „dein“, „du“	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
EF	Es verwendet Wörter wie „will“, „kann“, „muss“	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
EF	Es verwendet Wörter wie „auf“, „unter“, „hinter“, „neben“	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
EF	Es verwendet Wörter wie „traurig“, „müde“, „dunkel“	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
EF	Es verwendet Begriffe wie „später“, „gestern“, „morgen“	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
EF	Es gebraucht 3-5-Wortäußerungen (z.B. „Wo ist meine Jacke?“, „Das nicht tun!“)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
EF	Wird Ihr Kind mehrsprachig erzogen? <input type="checkbox"/> Sprachen		<input type="checkbox"/> nein
Fragen zu lebenspraktischen Fertigkeiten			
EF	Es kann ohne Hilfe auf einer niedrigen Schaukel schaukeln	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
EF	Es kann ein Dreirad zielgerichtet über eine längere Entfernung bewegen, es tritt und lenkt dabei gleichzeitig (kann z.B. um einen Sandkasten herumfahren)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
EF	Es geht eine Treppe vorwärts rauf und runter, wechselfüßig (d.h. einen Fuß pro Stufe) und ohne sich festhalten zu müssen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
EF	Es gießt Flüssigkeiten aus einer Flasche in ein Glas, ohne etwas zu verschütten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
EF	Es braucht beim Hände waschen keine Hilfe mehr	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
EF	Es kann Reißverschlüsse an seiner Kleidung selber <u>öffnen</u> .	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
EF	Es zieht sich einen Pullover selber aus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
EF	Es zieht einen Pullover an, wenn er richtig gegeben wird (Der Pullover wird gerafft gereicht, die Kopfföffnung ist für das Kind sichtbar, die Ärmel befinden sich an den Seiten, das Kind zieht den Pullover selbst über den Kopf und findet selber die Ärmelöffnungen).	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
EF	Es kann Knöpfe an seiner Kleidung selber <u>öffnen</u> (es bewältigt Druckknöpfe sowie normale Knöpfe, die ohne großen Aufwand an Fingerkraft geöffnet werden können)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
EF	Es holt sich nach Erlaubnis selber etwas zu Essen oder zu Trinken aus dem (Kühl-)Schrank	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
EF	Zuhause findet Ihr Kind auch in dunklen Räumen den Lichtschalter	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Weitere Fragen			
EF	Haben Sie bei Ihrem Kind Schielen beobachtet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> nein
EF	Trägt ein Elternteil eine Brille?	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> nein
EF	Trägt ein Elternteil stark unterschiedliche Brillengläserstärken li / re	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> nein
EF	Schläft Ihr Kind noch mit angelegten Windeln?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
EF	Nässt Ihr Kind tagsüber ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
EF	Leidet Ihr Kind an Verstopfung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besondere Probleme ?			

Sprechzeiten:

Montag: 9.00 - 12.00 / 16.00 - 19.00 Uhr
Dienstag: 9.00 - 12.00 / 16.00 - 20.00 Uhr
Mittwoch: 9.00 - 16.00 Uhr
Donnerstag: 9.00 - 12.00 / 15.00 - 18.00 Uhr
Freitag: 9.00 - 12.00 / 14.00 - 16.00 Uhr

Telefonische Sprechstunde Mo-Fr 12.30 - 13.30 Uhr
Kindergynäkologische Sprechstunde Mi 14.00 - 16.00 Uhr