

... macht sich sehr viel Sorgen/ wird davon krank (Bauch-, Kopfschmerzen) ja nein
... streitet sich sehr aggressiv und macht viel kaputt ja nein

... hat vor nichts Angst / zu wenig Angst, kann Gefahren nicht einschätzen ja nein
... ist übermäßig ordentlich und muss immer alles kontrollieren ja nein
... wirkt oft niedergeschlagen und in sich gekehrt ja nein
... ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umwelt, starrt ins Leere, reagiert nicht ja nein

... hat mehr als 2 Mal im letzten halben Jahr die Hose/ Bett nass gemacht ja nein
... hat mehr als 1 Mal im letzten halben Jahr eingekotet ja nein
... hat häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen ja nein
... hat eine andere chronische Erkrankung, und zwar _____
... nimmt regelmäßig Medikamente ein, und zwar _____

Hat Ihr Kind häufig Mittelohrentzündungen? ja nein
Hatten Sie je den Eindruck, dass Ihr Kind schlecht hört oder sieht? ja nein
War Ihr Kind schon einmal beim Augenarzt? ja nein
War Ihr Kind schon einmal beim Hals-Nasen-Ohrenarzt? ja nein

Fragt Ihr Kind oft nach, weil es etwas nicht verstanden hat? ja nein
Stellt Ihr Kind den Fernseher und das Radio oft lauter? ja nein
Ist bei Ihrem Kind schon einmal ein Hörtest gemacht worden? ja nein
Wenn ja, wann? _____

Hat Ihr Kind die D-Fluorette/Vigantolöl bekommen? ja nein
Führen Sie jetzt eine Kariesprophylaxe mit Fluorid (Zahnpasta) durch? ja nein
Waren Sie mit Ihrem Kind schon einmal beim Zahnarzt? ja nein

Worüber möchten Sie gerne ausführlicher mit mir sprechen? Sorgen?