



KINDER- & JUGENDARZTPRAXIS
PÄDIATRISCHE ENDOKRINOLOGIE

IM HOCHSCHULSTADTTEIL
DR. MED. FRANZISKA ERNST

Liebe Eltern,

Sie kommen mit Ihrem Kind mit ca. **7-8 Lebensjahren zur U10**. Zur Vorbereitung auf diese Untersuchung füllen Sie bitte folgenden Fragebogen aus.

Herzlichen Dank!

Datum: ausgefüllt von:

Name des Kindes:geb. am:.....

Ein paar Fragen zur Familie: Gibt es bei den Eltern/ Geschwistern des Kindes
 schweres Übergewicht Zuckerkrankheit Schilddrüsenerkrankung
 Bluthochdruck Cholesterin- oder andere Blutfettprobleme Skoliose

Sind Besonderheiten der Familiensituation zu beachten (alleinerziehend, getrennt, Patchwork)? _____

Sprache: Mein Kind...

... kann Sachverhalte erklären, sodass ein Erwachsener es versteht ja nein
... kann sich Kinderlieder und Gedichte über mehrere Strophen merken ja nein

Wie lange liest Ihr Kind am Tag ein Buch bzw. bekommt vorgelesen?

gar nicht weniger als ½ Stunde ½ -2 Stunden
 nur mit Ihnen zusammen auch alleine

Wie lange schaut Ihr Kind am Tag fern/ Videos über das Handy/ Fernseher oä?

gar nicht weniger als ½ Stunde ½ -1 Stunden 1 - 3 Stunden
 nur mit Ihnen zusammen auch alleine

Wahrnehmung: Mein Kind .

... hat Freude an Geschicklichkeits- /Merkspielen, kann sich gut konzentrieren ja nein
... hat Freude am Lösen von Aufgaben und bleibt längere Zeit bei der Sache ja nein
... ist wissbegierig und fragt viel nach ja nein
... unterscheidet rechts und links sicher ja nein
... hat Freude an Gesellschaftsspielen mit komplexeren Regeln/ ist ehrgeizig ja nein

Verhalten: Mein Kind...

... ist im Alltag (Hilfe im Haushalt, Schulsachen richten) schon selbständig ja nein
... kann sich gut an Regeln halten, hat „Respekt“ und kann auch stillsitzen ja nein
... hat im Spiel mit anderen Kindern Freude daran, eigene Ideen umzusetzen ja nein

... es hat feste Freunde zum Spielen ja nein
... beschäftigt sich auch gut alleine ja nein

... hat vor vielen Dingen _____
 Situationen (Blut/Impfung) _____
 Kindern Erwachsenen panische Angst ja nein

... 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/Vigantollette/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?