



KINDER- & JUGENDARZTPRAXIS  
PÄDIATRISCHE ENDOKRINOLOGIE

IM HOCHSCHULSTADTTEIL

DR. MED. FRANZISKA ERNST

Liebe Eltern,

Sie kommen mit Ihrem Kind mit ca. **9-10 Lebensjahren zur U11**. 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)? \_\_\_\_\_

**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

- ... ist aggressiv gegen sich selbst  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  
 ... hat schon einmal etwas genommen, was nicht ihm gehört (geklaut)  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 \_\_\_\_\_  
 ... ist zwar gesund, hat aber ständig Angst, es könnte krank sein  ja  nein  
 ... macht sich bereits Gedanken um sein Gewicht  ja  nein
- 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?**