

Liebe Eltern,

Sie kommen mit Ihrem Kind mit ca. **5 Lebensjahren zur U9**. Zur Vorbereitung auf diese Untersuchung füllen Sie bitte folgenden Fragebogen aus.

Herzlichen Dank!

Datum: ..... ausgefüllt von: .....

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

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

**Sprache:** Mein Kind...

- |  |             |
|--|-------------|
| ... bildet Nebensätze  | O ja O nein |
| ... kann einige Kinderlieder und Reime                             | O ja O nein |
| ... kann Geschichten nacherzählen                                  | O ja O nein |
| ... kann Sachverhalte erklären, sodass ein Erwachsener es versteht | O ja O nein |
| ... fragt nach Zusammenhängen (warum?)                             | O ja O nein |
| ... kann Name und Adresse angeben                                  | O ja O nein |
| ... „diskutiert“ und „verhandelt“ mit mir                          | O ja O nein |
| ... spielt lebhafte Rollenspiele                                   | O ja O nein |

**Geschicklichkeit:** Mein Kind...

- |   |             |
|---|-------------|
| ... isst mit Gabel und Messer   | O ja O nein |
| ... gießt Flüssigkeiten aus einer Flasche in ein Glas                               | O ja O nein |
| ... geht ohne Festhalten die Treppe flott und mit beiden Füßen abwechselnd hinunter | O ja O nein |
| ... Mein Kind geht zum Kinderturnen o.ä.  | O ja O nein |
| Wenn ja, was und seit wann? _____   |             |

**Verhalten:** Mein Kind...

- |  |             |
|--|-------------|
| ... trennt sich gut von mir+ bleibt einige Zeit bei anderen (Freunde, KiGa...) | O ja O nein |
| ... hat Freunde, mit denen es regelmäßig spielt                                | O ja O nein |
| ... beschäftigt sich auch zuhause bis zu 1 Stunde alleine                      | O ja O nein |
| ... kann sich gut auf das Spielen konzentrieren                                | O ja O nein |
| ... hat vor vielen Dingen panische Angst                                       | O ja O nein |
| ... reagiert panisch, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird               | O ja O nein |
| ... ist ungewöhnlich aggressiv   | O ja O nein |
| ... hat vor nichts Angst / zu wenig Angst, kann Gefahren nicht einschätzen     | O ja O nein |
| ... spielt mitunter sehr riskant und risikofreudig                             | O ja O nein |

- ... ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umwelt, starrt ins Leere, reagiert nicht  ja  nein  
... geht nach sehr kurzer Zeit mit jeder fremden Person mit  ja  nein  
... möchte in die Schule gehen  ja  nein

**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

- Hat ihr Kind des öfteren über Kopfschmerzen geklagt?  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  
Befolgt Ihr Kind auch Aufforderungen, wenn es Sie nicht sieht  
(z.B. wenn Sie in einem anderen Zimmer sind, aber die Türen offen sind)?  ja  nein  
Stellt Ihr Kind den Fernseher und das Radio oft lauter?  
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?**