



Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U10 (7-8 Jahre)

Name des Kindes: _____

Alter: _____ Jahre

ausgefüllt von: _____

am: ____ . ____ . ____

1. Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?

ja nein

2. Familie und Freizeitverhalten

Arbeitslosigkeit in der Familie?

ja nein

Eltern leben getrennt?

ja nein

Wird das Kind noch von anderen Personen betreut?

ja nein

Spielt Ihr Kind ein Musikinstrument?

ja nein

Ist Ihr Kind in einem Sportverein?

ja nein

Wie lange schaut Ihr Kind täglich fern, spielt Computer, Handy...?

< 1 Std. 1-3 Std. > 3 Std.

Wie viele Stunden ist Ihr Kind täglich körperlich aktiv?

< 1 Std. 1-3 Std. > 3 Std.

3. Besonderheiten, die in den letzten Monaten bestanden haben

Mein Kind...

	stimmt	stimmt nicht
1. hat eine schwere Erkrankung oder OP durchgemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. hat oft Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder andere Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. hat häufig Bronchitis, hustet oder ist kurzatmig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. hat zu viel oder zu wenig Appetit oder ist extrem wählerisch beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. hat viel mehr oder viel weniger Gewicht als andere Kinder seines Alters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. spricht undeutlich, mit fehlerhafter Grammatik oder stottert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. schläft nachts häufig nicht in seinem eigenen Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. schläft schlecht ein oder wacht nachts häufig auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. nässt oder kotet in die Hose oder in das Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. hat manchmal nervöse Zuckungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. kaut oder reißt an den Fingernägeln, dass es zu blutenden Verletzungen kommt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ist einmal pro Woche mindestens 3 Stunden traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. hat schon einmal ernsthaft gesagt, dass es sich umbringen will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. kontrolliert Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ist überängstlich, macht sich viele Sorgen, wird manchmal vor Aufregung „krank“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. hat panische Angst vor Tieren, Gewitter, Dunkelheit oder fremden Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. weigert sich tagsüber bei Freunden/Verwandten zu bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. wird häufig geärgert, gehänselt, verprügelt oder hat Angst vor anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ist aufsässiger oder ungehorsamer als andere Kinder seines Alters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. hat schon einmal mit Absicht Dinge zerstört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. macht uns Sorgen, weil es oft lügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ist schon einmal von zuhause weggelaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. prügelt sich häufig mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. hat Angst in die Schule zu gehen, schwänzt oder hat dort Verhaltensprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. leidet unter einer Lese-Rechtschreibschwäche oder Rechenschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. hat andere Schulleistungsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ist in der Schule / bei den Hausaufgaben ablenkbar, zappelig oder unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. zeigt andere, oben nicht genannte auffällige Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>