

Name des Kindes: _____ ausgefüllt am: _____

Von: Mutter Vater

Liebe Eltern,

Zur Vorbereitung auf die geplante Vorsorgeuntersuchung bitten wir sie den folgenden Fragebogen ausgefüllt mitzubringen. Er dient zur besseren Beurteilung der Entwicklung ihres Kindes.

Vielen Dank für ihre Mitarbeit

Sind bei ihrem Kind seit der letzten Untersuchung schwerwiegende Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle aufgetreten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besucht ihr Kind einen Kindergarten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welchen Kindergarten? _____		
Wieviele Stunden geht es in den Kindergarten? _____		
Wann ist der Schulstart geplant? _____		
War ihr Kind beim Augenarzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gibt es Probleme beim Hören?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schnarcht ihr Kind?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Spricht es 6-8 Wortsätze mit wenigen Fehlern im Satzbau?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stottert ihr Kind?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kann ihr Kind ohne Stützräder Fahrrad fahren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geht ihr Kind im Wechselschritt eine Treppe hoch und runter ohne sich festzuhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hält ihr Kind einen Stift im Dreipunktgriff?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kann ihr Kind mit Messer und Gabel essen?		
Zieht ihr Kind sich selbst an und kann Knöpfe schließen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Spielt ihr Kind mit anderen Kindern intensiv Rollenspiele?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hält sich ihr Kind an Spielregeln?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Trennt sich ihr Kind über einige Stunden von ihnen (bleibt bei bekannten) Personen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kann ihr Kind seine Émotionslage selbst ausreichend regulieren und toleriert es Enttäuschungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist ihr Kind tagsüber und nachts trocken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gibt es besondere Belastungen in der Familie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? _____		