

Kinderarztpraxis Dr. Clara Boxler

Bamberger Str. 10, 96215 Lichtenfels

Tel.: +49 (0)9571 75 86 75 1



Fragebogen Vorsorge U7a

Liebe Eltern,

für die heutige U7a - Untersuchung Ihres Kindes haben wir einige Fragen für Sie vorbereitet. Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, alles in Ruhe durchzulesen und kreisen Sie die passende Antwort ein.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe! :)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Haben Sie aktuell Fragen an die Ärztin?

Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt, wenn ja welche?

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Krampfanfall?

ja/nein

Geht Ihr Kind in die Kita? Wenn ja in welche und zur welcher Uhrzeit?

Wenn nein, von wem wird Ihr Kind betreut? Eltern/Oma?

Isst Ihr Kind eine gesunde Mischkost?

ja/nein

Isst Ihr Kind schon **selbstständig** oder wird Ihr Kind noch **gefüttert**?

Hat Ihr Kind täglich Stuhlgang?

ja/nein

Ist der Stuhlgang **weich** oder **hart**?

Geht Ihr Kind schon aufs Töpfchen oder Klo?

ja/nein

Falls nein Interessiert Ihr Kind sich schon fürs Trockenwerden?

ja/nein

Kann Ihr Kind mit beiden Beinen von der untersten Treppenstufe

herunterhüpfen ohne hinzufallen?

ja/nein

Rennt Ihr Kind mit deutlichem Armschwung?

ja/nein

Kann Ihr Kind Hindernisse umsteuern?

ja/nein

Kann Ihr Kind prompt Anhalten ohne hinzufallen?

ja/nein

Tendiert Ihr Kind schon zum **rechts- oder Linkshänder** oder macht Ihr Kind noch viel **beidhändig**?

Kann Ihr Kind Buchseiten einzeln umblättern? ja/nein

Kann Ihr Kind sehr kl. Gegenstände mit dem Dreifinger-Spitzgriff aufheben? ja/nein

Spricht Ihr 5-8 Wort-Sätze? ja/nein

Spricht Ihr Kind von sich als „Ich“? ja/nein

Schaut Ihr Kind gerne Bilderbücher an und zeigt und benennt Bilder? ja/nein

Lässt sich Ihr Kind auch kurz etwas erklären? ja/nein

Hört Ihr Kind gerne Kinderreime und möchte diese wiederholt haben? ja/nein

Ist Ihr Kind musikalisch begeistert und singt Lieder mit? ja/nein

Malt/Kritzelt Ihr Kind? ja/nein

Wenn ja kommentiert Ihr Kind was gemalt wurde? ja/nein

Spielt Ihr Kind intensive „Als ob Spiele“ mit **Autos, Puppen, Bausteinen** für einen längeren Zeitraum?

ja/nein

Spielt Ihr Kind schon mit anderen Kindern mind. 5 Min? ja/nein

Hilft Ihr Kind im Haushalt mit? ja/nein

Wenn ja übernimmt es die Tätigkeiten auch in Rollenspiele? ja/nein

Wie lange beträgt die tägliche Bildschirmzeit Ihres Kindes, welche Inhalte?

Wie oft putzen Sie mit Ihren Kind die Zähne?

Benutzen Sie Fluorzahncreme?

ja/nein

Was trinkt Ihr Kind?

Name: _____

