

Kinderarztpraxis Dr. Clara Boxler

Bamberger Str. 10, 96215 Lichtenfels

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



Fragebogen Vorsorge U9

Liebe Eltern,

für die heutige U9 - 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 die Sie mit der Ärztin besprechen möchten?

Sind sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? ja/nein

Wann soll Ihr Kind eingeschult werden? _____

Isst Ihr Kind eine gesunde Mischkost? ja/nein

Sind Ihnen Unverträglichkeiten aufgefallen? ja/nein

→ **Wenn ja, welche?** _____

Was Isst Ihr Kind am liebsten? _____

Ist der Stuhlgang Ihres Kindes **unauffällig** und **regelmäßig**? Wenn ja wie oft? _____

Welche Konsistenz hat der Stuhlgang? _____

Versteht Ihr Kind komplexe Anweisungen? ja/nein

Ist der aktive Sprachgebrauch Ihres Kindes altersentsprechend? ja/nein

Lässt Ihr Kind sich gerne Geschichten vorlesen? ja/nein

Gibt es bei Ihren Kind Probleme beim rennen,hüpfen,Ballspielen oder balancieren? ja/nein

Fährt Ihr Kind schon **Roller** oder **Fahrrad**? ja/nein

→ **Wenn ja, was?** _____

Wenn ja fährt Ihr Kind Fahrrad **mit** oder **ohne** Stützräder?

Kann Ihr Kind sicher auf einer Mauer balancieren ja/nein

Tendiert Ihr Kind zum **rechts** oder **Linkshänder**?

Gibt es Probleme beim basteln, malen oder mit der Stifthaltung? ja/nein

Hält Ihr Kind den Stift im Dreipunktgriff oder Klammergriff? _____

Kann Ihr Kind mit der Schere etwas ausschneiden? ja/nein

Ist Ihr Kind **geduldig**, **konzentriert** und **ausdauernd**, **bringt Spiele zu Ende** und **kann verlieren**,
oder **wechselt Ihr Kind häufig die Aktivität noch sehr ungeduldig**

Spielt Ihr Kind gerne Memory, Karten- und Würfelspiele ja/nein

Wie viele Teile schafft Ihr Kind beim Puzzeln? _____

Hilf Ihr Kind gerne im Haushalt oder Garten mit? ja/nein

Ist Ihr Kind schon **selbstständig** oder **brauch noch häufig Unterstützung von den Eltern?**

Schläft Ihr Kind im eigenen Bett oder im Elternbett?

Ist das Verhalten Ihres Kindes altersentsprechend? ja/nein

Ist Ihr Kind oft **trotzig** oder **aggressiv**? ja/nein

In welchen Kindergarten geht Ihr Kind und zu welcher Uhrzeit?

Geht gerne in den Kindergarten und hat keine Probleme mit

anderen Kindern und Erzieherinnen ja/nein

Hat Freunde ja/nein

Kann Ihr Kind sich durchsetzen aber auch mal nachgeben? ja/nein

Schaut Ihr Kind Fernsehen, wenn ja wie lange und was?

Macht Ihr Kind etwas an PC/Handy/Tablet? Wenn ja was? _____

Name: _____

