



Dr. med. J. Wałdźina/Walde

Děčáca lěkarska praksa
Kinderarztpraxis

Elternfragebogen Vorsorgeuntersuchung U7a

Name:

Datum:

| | ja | nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Allgemeines | | |
| geht in den Kindergarten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| verwendet Fluoridzahnpaste | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| auffälliges Essverhalten, auffällige Stühle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Operationen, Krankenhausaufenthalte, ungewöhnliche Infektionen seit der letzten Vorstellung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| besondere Belastungen in der Familie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sozial-emotionale Kompetenz | | |
| kann sich gut über einige Stunden trennen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| hilft im Haushalt mit, ahmt nach | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| kann zuhören und konzentriert Als-ob-Spiele spielen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| spielt gemeinsam mit anderen Kindern | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Feinmotorik | | |
| kritzelt, malt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| verwendet 3-Finger-Spitzgriff | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| blättert Buchseiten um | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Grobmotorik | | |
| geht regelmäßig auf Toilette/Töpfchen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| rennt mit Armschwung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| kann sicher Hindernisse umsteuern | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| fährt Laufrad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| kann von letzter Treppenstufe beidbeinig ab hüpfen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| steigt Treppen im Wechselschritt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Dr. med. J. Wałdźina/Walde

Děčaca lěkarska praksa
Kinderarztpraxis

Elternfragebogen Vorsorgeuntersuchung U7a

Name:

Datum:

| | ja | nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Sprache | | |
| bildet 3 – 4 Wort-Sätze | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| kennt seinen Namen und verwendet ihn | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| lässt sich Bücher vorlesen und hört zu | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| hört Kinderreime und wünscht Wiederholung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hören | | |
| Schnarcht ihr Kind regelmäßig? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Befolgt ihr Kind Aufforderungen, wenn es Sie nicht sieht? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kann ihr Kind erkennen von wo ein Geräusch kommt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Stellt ihr Kind das Radio/den Fernseher oft lauter? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |