



**KINDERARZTPRAXIS**

Dr. med. Anja Rudolph

## Fragebogen U11

Liebe Eltern,  
zur Vorbereitung auf die geplante Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.  
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ja      Nein

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Gab es seit der U9 bei Ihrem Kind:<br>- ernste Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte oder Operationen<br>- falls ja welche:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |
| Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |
| Was macht ihr Kind am liebsten in der Freizeit?<br><br><input type="checkbox"/> bewegt sich gern <input type="checkbox"/> mit Freuden spielen <input type="checkbox"/> Computer/Handy/Konsole<br><input type="checkbox"/> Musik, Malen, Basteln <input type="checkbox"/> Fernsehen <input type="checkbox"/> _____<br>Wie viel Zeit bewegt es sich täglich <input type="checkbox"/> < 1 Stunde <input type="checkbox"/> 1-3 Std <input type="checkbox"/> > 3 Std<br>Wie viel Zeit verbringt es täglich vor Bildschirmen? <input type="checkbox"/> < 1 Stunde <input type="checkbox"/> 1-3 Std <input type="checkbox"/> > 3 Std |  |  |
| Kann Ihr Kind schwimmen?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |
| Ist Ihr Kind Mitglied in einem Verein? Wenn ja in welchen? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |
| Welche Schule besucht Ihr Kind? _____<br>Welche Klasse? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |
| Hat es Schwierigkeiten in der Schule?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| Wer betreut Ihr Kind nach der Schule? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |
| Hat sich die Zusammensetzung Ihrer Familie geändert?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |
| Hat Ihr Kind Geschwister? Wenn ja, wie viele? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |
| Hat ein naher Verwandter einen Herzinfarkt oder Schlaganfall unter 40 Jahren erlitten?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
| Gibt es Schilddrüsenerkrankungen in Ihrer Familie?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |
| Hat Ihr Kind chronische Erkrankungen?<br>Wenn ja, welche _____<br>Wie sehr ist Ihr Kind im Alltag davon beeinträchtigt?<br><input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> kaum <input type="checkbox"/> deutlich <input type="checkbox"/> massiv                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |
| Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |
| Macht Ihnen das Essverhalten Sorgen?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |
| Hat Ihr Kind ständig Angst dick zu werden?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |
| Hat Ihr Kind mindestens 10kg Übergewicht?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
| Nässt Ihr Kind manchmal noch ein?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |
| Hat Ihr Kind manchmal nervöse Zuckungen/ Tics?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                          |                          |                          |      |          |        |          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |               |                          |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|----------|--------|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hat es Schwierigkeiten mit der Stimmung?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |      |          |        |          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |               |                          |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                          |
| Hat es Schwierigkeiten mit der Konzentration?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                          |                          |                          |      |          |        |          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |               |                          |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                          |
| Hat es Schwierigkeiten im Verhalten?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                          |                          |                          |      |          |        |          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |               |                          |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                          |
| Hat es Schwierigkeiten im Umgang mit anderen?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                          |                          |                          |      |          |        |          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |               |                          |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                          |
| <p>Falls Sie einen der letzten 4 Punkte mit Ja beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:</p> <p>Bei den Schwierigkeiten handelt es sich um:</p> <p><input type="checkbox"/> leichte                      <input type="checkbox"/> deutliche                      <input type="checkbox"/> massive Schwierigkeiten</p> <p>Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?</p> <p><input type="checkbox"/> &lt; 3 Monate                      <input type="checkbox"/> 3- 12 Monate                      <input type="checkbox"/> &gt; 1 Jahr</p> <p>Leidet Ihr Kind unter diesen Schwierigkeiten?</p> <p><input type="checkbox"/> gar nicht - kaum                      <input type="checkbox"/> deutlich                      <input type="checkbox"/> massiv</p> <p>Wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>Gar nicht</td> <td>kaum</td> <td>deutlich</td> <td>schwer</td> </tr> <tr> <td>Zu Hause</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mit Freunden</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Im Unterricht</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>In der Freizeit</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Familie dar?</p> <p><input type="checkbox"/> keine                      <input type="checkbox"/> leichte                      <input type="checkbox"/> deutliche                      <input type="checkbox"/> schwere Belastung</p> |                          |                          |                          | Gar nicht                | kaum | deutlich | schwer | Zu Hause | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mit Freunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Im Unterricht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | In der Freizeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Gar nicht                | kaum                     | deutlich                 | schwer                   |      |          |        |          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |               |                          |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                          |
| Zu Hause                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |          |        |          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |               |                          |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                          |
| Mit Freunden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |          |        |          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |               |                          |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                          |
| Im Unterricht                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |          |        |          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |               |                          |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                          |
| In der Freizeit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |          |        |          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |               |                          |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                          |

*Bitte beantworten Sie nun die Fragen zu Stärken und Schwächen Ihres Kindes. Berücksichtigen Sie dabei bitte das Verhalten Ihres Kindes in den letzten 6 Monaten.*

|                                                                             | Nicht<br>Zutreffend | Teilweise<br>Zutreffend | Eindeutig<br>zutreffend |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| Rücksichtsvoll                                                              |                     |                         |                         |
| Unruhig, überaktiv, kann nicht lange still sitzen                           |                     |                         |                         |
| Führt Aufgaben zu Ende, gute Konzentrationsspanne                           |                     |                         |                         |
| Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit               |                     |                         |                         |
| Teilt gerne mit anderen Kindern                                             |                     |                         |                         |
| Hat oft Wutanfälle, ist aufbrausend                                         |                     |                         |                         |
| Einzelgänger, spielt meist allein                                           |                     |                         |                         |
| Hat viele Sorgen, scheint häufig bedrückt                                   |                     |                         |                         |
| Oft unglücklich, niedergeschlagen, weint viel                               |                     |                         |                         |
| Hilfsbereit wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind                   |                     |                         |                         |
| Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt                                  |                     |                         |                         |
| Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie                  |                     |                         |                         |
| Nervös/ klammernd in neuen Situationen, verliert leicht das Selbstvertrauen |                     |                         |                         |
| Liebt zu jüngeren Kindern                                                   |                     |                         |                         |
| Lügt oder mogelt häufig                                                     |                     |                         |                         |
| Wird von anderen gehänselt oder schikaniert                                 |                     |                         |                         |
| Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern, anderen Kindern)             |                     |                         |                         |
| Denkt nach bevor er/sie handelt                                             |                     |                         |                         |
| Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo                               |                     |                         |                         |
| Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern                    |                     |                         |                         |
| Hat viele Ängste, fürchtet sich leicht                                      |                     |                         |                         |

Gibt es noch etwas, dass Sie erwähnen möchten?