



KINDERARZTPRAXIS

Dr. med. Anja Rudolph

Fragebogen U10

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: - ernste Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte oder Operationen - falls ja welche: | | |
| Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? | | |
| Was macht ihr Kind am liebsten in der Freizeit? <input type="checkbox"/> bewegt sich gern <input type="checkbox"/> mit Freuden spielen <input type="checkbox"/> Computer/Handy/Konsole <input type="checkbox"/> Musik, Malen, Basteln <input type="checkbox"/> Fernsehen <input type="checkbox"/> _____ Wie viel Zeit bewegt es sich täglich <input type="checkbox"/> < 1 Stunde <input type="checkbox"/> 1-3 Std <input type="checkbox"/> > 3 Std 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? _____ 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? Wenn ja, welche _____ Wie sehr ist Ihr Kind im Alltag davon beeinträchtigt? <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"/> < 3 Monate <input type="checkbox"/> 3- 12 Monate <input type="checkbox"/> > 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 Zutreffend | Teilweise Zutreffend | Eindeutig 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?