



U11 – Elternfragebogen

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Ausfülldatum: _____ ausgefüllt von Mutter Vater Mutter und Vater

Zur Vorbereitung auf die Vorsorgeuntersuchung möchten wir Sie bitten, den Fragebogen auszufüllen, damit wir die Entwicklung Ihres Kindes besser beurteilen können. Kreuzen Sie bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Ihrem Kind in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind.

- Hat Ihr Kind Migräne? Ja Nein
- Musste Ihr Kind wegen Kopfschmerzen zum Arzt? Ja Nein
- Leidet Ihr Kind an asthmatischen Beschwerden / chronischer Bronchitis? Ja Nein
- Will Ihr Kind bei jeder Kleinigkeit einen Arzt aufsuchen? Ja Nein
- Hat Ihr Kind manchmal nervöse Zuckungen (z. B. Blinzel-, Zwinker-, Räuspertic)? Ja Nein
- Weigert sich Ihr Kind auch tagsüber, bei Freunden/Verwandten zu bleiben? Ja Nein
- Schläft Ihr Kind nachts im Elternbett, obwohl Sie das nicht gerne sehen? Ja Nein
- Kann Ihr Kind schlecht einschlafen (d. h. liegt mehr als eine Stunde wach)? Ja Nein
- Wacht Ihr Kind nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen (liegt mindestens eine Stunde wach)? Ja Nein
- Stottert Ihr Kind? Ja Nein
- Lispelt Ihr Kind? Ja Nein
- Hat Ihr Kind im letzten halben Jahr mindestens zweimal das Bett oder die Hose nass gemacht? Ja Nein
- Hat Ihr Kind im letzten halben Jahr mindestens einmal eingekotet? Ja Nein
- Hat Ihr Kind meistens nur wenig Appetit? Ja Nein
- Ist Ihr Kind extrem wählerisch beim Essen? Ja Nein
- Hat Ihr Kind ständig Angst, zu dick zu werden? Ja Nein
- Hat Ihr Kind wegen des Essverhaltens mindestens 7 kg abgenommen und ist untergewichtig? Ja Nein
- Hat Ihr Kind mindestens 10 kg Übergewicht? Ja Nein
- Wird Ihr Kind wegen des Übergewichts gehänselt? Ja Nein
- Ist Ihr Kind die meiste Zeit aufsässig und ungehorsam? Ja Nein
- Ist Ihr Kind aufsässiger und ungehorsamer als andere Kinder seines Alters? Ja Nein
- Wurde Ihr Kind wegen seines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, von einem Ausflug oder einer Klassenfahrt ausgeschlossen? Ja Nein
- Schwänzt Ihr Kind manchmal die Schule? Ja Nein
- Streitet sich Ihr Kind fast täglich mit seinen Geschwistern? Ja Nein



- Kommt es dabei auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien oder Drohungen? Ja Nein
- Wird Ihr Kind von anderen Kindern häufig geärgert, gehänselt oder verprügelt? Ja Nein
- Hat Ihr Kind Angst vor anderen Kindern? Ja Nein
- Hat Ihr Kind überhaupt keinen Kontakt zu Gleichaltrigen? Ja Nein
- Prügelt sich Ihr Kind häufig mit anderen Kindern? Ja Nein
- Ist es dabei auch schon zu ernsthaften Verletzungen gekommen? Ja Nein
- Wechselt Ihr Kind häufig die Freunde? Ja Nein
- Ist Ihr Kind in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert? Ja Nein
- Ist Ihr Kind bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert? Ja Nein
- Ist Ihr Kind bei Regelspielen (Karten-/Brettspielen) sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert? Ja Nein
- Ist Ihr Kind in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen? Ja Nein
- Ist Ihr Kind bei Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen? Ja Nein
- Ist Ihr Kind bei Regelspielen sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen? Ja Nein
- Ist Ihr Kind im Straßenverkehr sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten? Ja Nein
- Ist Ihr Kind draußen beim Spielen sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten? Ja Nein
- Ist Ihr Kind beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause sehr unüberlegt und vorschnell? Ja Nein
- Hat Ihr Kind täglich einen Wutanfall? Ja Nein
- Ist Ihr Kind überängstlich, macht sich viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z. B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben) und wird dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“? Ja Nein
- Mein Kind hat panische Angst
- vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten
 - davor, alleine zu Hause zu bleiben
 - vor fremden Menschen
 - vor Blitz, Donner oder Dunkelheit
 - vor dem Zahnarzt, vor Spritzen, Blut oder Verletzungen
 - vor nichts
- Ist Ihr Kind übertrieben ordentlich? Ja Nein
- Wäscht sich Ihr Kind oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind? Ja Nein
- Kontrolliert Ihr Kind bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z. B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist)? Ja Nein
- Kaut oder reißt Ihr Kind so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise frei liegt? Ja Nein
- Weigert sich Ihr Kind oft, mit fremden Erwachsenen zu sprechen, auch wenn es etwas gefragt wird? Ja Nein



Dr. Christiane Schreiber

Bödekerstraße 90
30161 Hannover
Tel.: 0511 66 30 39
Fax: 0511 66 30 63
E-Mail: info@kinderaerztin-schreiber.de

- Ist Ihr Kind mindestens einmal pro Woche für mindestens 3 Stunden traurig oder niedergeschlagen? Ja Nein
- Steht diese Stimmung meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis? Ja Nein
- War Ihr Kind mindestens 2 Wochen traurig oder niedergeschlagen? Ja Nein
- Ist Ihr Kind nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist? Ja Nein
- Hat Ihr Kind schon einmal ernsthaft gesagt, dass es sich umbringen will? Ja Nein
- Hat Ihr Kind schon gelegentlich geraucht? Ja Nein
- Hat Ihr Kind schon hin und wieder Alkohol getrunken? Ja Nein
- Macht Ihr Kind Probleme, weil es so oft lügt? Ja Nein
- Hat Ihr Kind zu Hause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres (Wert höher als 30 €) gestohlen? Ja Nein
- Hat Ihr Kind schon mindestens fünfmal weniger wertvolle Dinge entwendet? Ja Nein
- Hat Ihr Kind schon einmal mit Absicht Dinge, die ihm nicht gehören, zerstört oder beschädigt? Ja Nein
- Ist dabei ein Schaden von mindestens 30 € entstanden? Ja Nein
- Ist Ihr Kind von zu Hause weggelaufen? Ja Nein

Gibt es weitere Anmerkungen/Sorgen, die Sie uns mitteilen möchten?

Nein

Ja

Wenn ja, welche: _____