U9
Elternfragebogen

MediKids
ZENTRUM FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Alter	Geburtsdatum	Aktuelles Datum

	Ja	Nein
Sind Sie zufrieden mit der Entwicklung Ihres Kindes?	☐	☐
Kann es Treppen im **Wechselschritt** steigen, hinauf und hinunter, ohne sich festzuhalten?	☐	☐
Übernimmt es kleine Aufgaben im Haushalt und führt sie vollständig und selbstständig aus (z. B. Tisch decken)?	☐	☐
Verwendet es sicher Messer und Gabel, richtet sich selbst Brote/Müsli/Getränke?	☐	☐
Ist es tags zuverlässig trocken?	☐	☐
Ist es nachts zuverlässig trocken?	☐	☐
Versteht es Zeitbegriffe (früh/morgens, mittags, abends)?	☐	☐
Kann es Geschichten im richtigen zeitlichen und logischen Ablauf wiedergeben?	☐	☐
Ist die Sprache für Außenstehende gut verständlich?	☐	☐
Macht es beim Satzbau nur noch selten Fehler?	☐	☐
Stottert es nur äußerst selten (oder gar nicht)?	☐	☐
Wird es von anderen Kindern in einer kleinen Gruppe meistens akzeptiert?	☐	☐
Lädt es andere Kinder zu sich ein und wird es selbst eingeladen?	☐	☐
Übernimmt es im Rollenspiel mit anderen Kindern (Piraten/Ritter/Helden/Tiere/Prinzessinnen/usw.) kompetent verschiedene Rollen, je nach Spielsituation?	☐	☐
Kann es sich problemlos für einige Stunden (oder auch nachts?) von Ihnen trennen, wenn es von einer gut bekannten Person betreut wird?	☐	☐
Ist es oft bereit zu teilen?	☐	☐
Kann es mit Kummer, Enttäuschung angemessen umgehen, hat es nur selten Wutanfälle?	☐	☐
Befolgt es verlässlich bestimmte Regeln im Haushalt/im Straßenverkehr (z. B. nicht auf Möbel klettern, nicht auf die Straße rennen)?	☐	☐
Geht es in den Kindergarten?	☐	☐
Falls ja, läuft im Kindergarten alles gut?	☐	☐
Ist die Zusammensetzung der Familie **un**verändert?	☐	☐
Geht es Ihnen und Ihrer Familie gut?	☐	☐

		Ja	Nein
Mein Kind nimmt regelmäßig Medikamente ein.		☐	☐
Es hat Allergien.		☐	☐
Mein Kind klagt gehäuft über:	Luftnot.	☐	☐
	Schmerzen unklarer Ursache (wo?).	☐	☐
	Sonstige körperliche Beschwerden (was?).	☐	☐
Es schnarcht regelmäßig.		☐	☐
Bildschirmzeit (Fernseher, Tablet, etc) pro Tag:	☐ gar nicht ☐ < 30 min ☐ 1–2 St. ☐ > als 2 St. ☐		
Gibt es in der Familie jemanden mit einem Herzinfarkt/Schlaganfall im Alter von unter 40 Jahren?		☐	☐