



U10 - Elternfragebogen

Name des Kindes

Name, Vorname

Geb.-Datum

Hatte Ihr Kind seit der letzten Vorstellung in unserer Praxis Erkrankungen oder Operationen?

nein

ja, falls ja, welche _____

War Ihr Kind in den letzten 12 Monaten bei einem Arzt oder Therapeuten?

Augenarzt

HNO-Arzt

Hautarzt

Sonstige

Anlass

Waren Sie im letzten Jahr mit Ihrem Kind beim Zahnarzt?

ja

nein

Putzt sich Ihr Kind 2mal täglich die Zähne?

ja

nein

Nimmt Ihr Kind dauerhaft Medikamente ein?

nein

ja, falls ja, welche _____

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?

ja

nein

Wenn nein, warum nicht? Was ist Ihnen aufgefallen oder bereitet Ihnen Sorgen?

Hat sich die Zusammensetzung Ihrer Familie geändert?

nein

ja

Wenn ja, was hat sich geändert?

Gibt es große Sorgen in der Familie?

nein

ja

Wenn ja, welche?



Welche Schule besucht Ihr Kind? _____

Welche Klasse besucht Ihr Kind? _____

Fühlt es sich wohl in der Schule? ja nein

Gibt es Schwierigkeiten in der Schule? nein ja

Wenn ja, mit dem Lernstoff mit den Mitschülern mit den Lehrern

Was macht Ihr Kind gerne, welche Hobbies hat es? _____

Wie lange sieht Ihr Kind am Tag auf den Bildschirm (Fernsehen, Handy, Tablet, Playstation...)? <1 Std. 1-3 Std. >3 Std.

Wieviele Stunden ist Ihr Kind am Tag körperlich aktiv (Schulweg, Spielen im Freien, Sportverein...)? <1 Std. 1-3 Std. >3 Std.

Lispelt Ihr Kind? nein ja

Stottert Ihr Kind? nein ja

Ist Ihr Kind übertrieben ordentlich? nein ja

Wäscht Ihr Kind sich oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind? Kontrolliert Ihr Kind bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B. dass Fenster und Türen verschlossen sind, dass die Schultasche gepackt ist...)? nein ja

Schnarcht ihr Kind regelmäßig? nein ja

Atmet Ihr Kind oft durch den offenen Mund? nein ja

Leidet Ihr Kind an Allergien? nein ja

Wenn ja, welche? _____



Sind Sie mit dem Essverhalten Ihres Kindes zufrieden? ja nein

Wenn nein, worüber machen Sie sich Gedanken? _____

Isst Ihr Kind meist zu den Mahlzeiten Obst oder Gemüse? ja nein

Wie oft in der Woche isst Ihr Kind Fleisch, Wurst oder Fisch? _____

Wieviel Milch und Milchprodukte (Joghurt, Quark, Pudding...) nimmt Ihr Kind am Tag zu sich? _____

Werden in der Familie pflanzliche Alternativen zu Kuhmilchprodukten verwendet (z.B. Sojaprodukte, Hafermilch)? nein ja

Was trinkt Ihr Kind normalerweise? _____

Wieviel trinkt Ihr Kind etwa am Tag? _____

Hat Ihr Kind Probleme mit dem Stuhlgang? nein ja

Nässt oder kotet Ihr Kind tagsüber und/oder nachts ein? nein ja

Kann Ihr Kind schwimmen? ja nein

Falls nein, haben Sie es für einen Schwimmkurs angemeldet oder üben Sie Schwimmen mit ihm? ja nein