Kinder- und Jugendärzte

7 bis 11 Jahre – Elternfragebogen zur U10 / U11

Vor- und Nachname des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt am: _____

Liebe Eltern!

Kreuzen Sie bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Ihrem Kind in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. **Diese Angaben sind freiwillig.** Jedoch helfen Sie uns sehr damit, die Beratung für Sie und Ihr Kind zu verbessern. Machen Sie bitte nur ein Kreuz in jede Zeile.

Mein Kind...	**Stimmt nicht**	**Stimmt**
hat regelmäßig Bauchschmerzen und musste deshalb zum Arzt und/oder besucht deshalb die Schule nicht	☐	☐
hat regelmäßig Kopfschmerzen und musste deshalb zum Arzt und/oder besucht deshalb die Schule nicht	☐	☐
hat eine besondere Ernährungsformen (z.B. vegetarisch, vegan)	☐	☐
zeigt auffälliges oder nicht altersgerechtes Essverhalten	☐	☐
hat Angst Gewicht zuzunehmen	☐	☐
hat wegen des Essverhaltens deutlich abgenommen	☐	☐
hat häufig nervöse Zuckungen (z.B. Blinzel-, Zwinker-, Räuspertic)	☐	☐
weigert sich meistens auch tagsüber, bei Freunden/ Verwandten zu bleiben	☐	☐
schläft nachts mit im Elternbett	☐	☐
hat mind. zweimal im letzten halben Jahr ins Bett oder in die Hose eingenässt	☐	☐
hat im letzten halben Jahr mind. einmal eingekotet	☐	☐
wurde schon mal gemobbt	☐	☐
weigert sich manchmal oder hat starke Angst davor in die Schule zu gehen	☐	☐
hat überhaupt keinen Kontakt zu Gleichaltrigen	☐	☐
zeigt häufig aggressives Verhalten gegenüber anderen Kindern	☐	☐
lässt sich durch seine Freunde negativ beeinflussen	☐	☐
ist in der Schule oder bei den Hausaufgaben leicht ablenkbar und unkonzentriert	☐	☐
Bekommt Ihr Kind aus diesem Grund eine Therapie?	☐	☐
kann seine Emotionen altersgemäß regulieren	☐	☐
ist außergewöhnlich ängstlich	☐	☐
zeigt zwanghafte Verhaltensweisen	☐	☐
ist auffallend oft traurig und diese Stimmung steht in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis	☐	☐
hat schon einmal gesagt, dass es sich umbringen will	☐	☐
macht uns Probleme, weil es so oft lügt	☐	☐
hat zuhause oder außerhalb schon einmal etwas gestohlen	☐	☐
zeigt Symptome einer Allergie (z.B. Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergien, Asthma)	☐	☐
treibt regelmäßig Sport	☐	☐
hat durchschnittlich ☐ Stunden (bitte eintragen) Bildschirmzeit am Tag	☐	☐
geht regelmäßig zur Zahnvorsorge	☐	☐

Kinder- und  Jugendärzte

Vor- und Nachname des Kindes: | Geburtsdatum:

Ausgefüllt am:

Liebe Eltern!

Die folgenden Angaben sind freiwillig. Dieser Fragebogen soll Ihnen und uns als Gesprächsgrundlage dienen. Darum bitten wir Sie um nachfolgende Informationen.

1. Familiengeschichte:

Gibt es in der Familie (einschließlich Großeltern):

Diabetes	Wer:
Allergien	Wer:
Neurodermitis	Wer:
Asthma	Wer:
Herzinfarkt (<55 Jahre)	Wer:
Schlaganfälle (<55 Jahre)	Wer:
Fettstoffwechsel-(Cholesterin)-Störungen	Wer:
Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts (z.B. Zöliakie, chronisch-entzündliche Darmerkrankung)	Wer:
Schilddrüsenerkrankungen	Wer:
Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie)	Wer:
Psychiatrische Erkrankungen	Wer:
Krebserkrankungen	Wer:
Sonstige:	Wer:

2. Vorgeschichte Ihres Kindes:

Gab es in der Vorgeschichte Ihres Kindes:

Operationen; wenn ja- wann und welche Operation	
stationäre Krankenhausaufenthalte	
Medikamenteneinnahme länger als einen Monat	
Allergien	
Neurodermitis/ Ekzeme/ Hautempfindlichkeit	
Asthma/ obstruktive Bronchitiden/ „pfeifende Atemgeräusche“	
Herz-Kreislaufstörungen	
Chronische Schmerzen	
Sonstiges:	

Bitte wenden →

3. Beschwerden Ihres Kindes in letzter Zeit:

4. Was beschäftigt Sie im Zusammenhang mit der Entwicklung Ihres Kindes:

5. Fallen Ihnen Besonderheiten bei Ihrem Kind auf:

	NEIN	JA, und zwar:
z.B. bei sportlicher Betätigung	☐	
bei handwerklichen oder künstlerischen Tätigkeiten	☐	
beim Lernen, der Konzentration, dem Schreiben oder Rechnen	☐	
in der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit	☐	
im Umgang mit sich und anderen	☐	
beim Sehen	☐	
beim Hören	☐	
beim Sprachverständnis	☐	

6. Allgemeine Entwicklung:

	JA	NEIN
Macht ihr Kind in der Schule mit	☐	☐
Macht ihr Kind zuhause oder beim Spiel mit Gleichaltrigen mit	☐	☐
Hat ihr Kind feste Freundschaften	☐	☐
Hat Ihr Kind Hobbys	☐	☐
Hat Ihr Kind feste sportliche Aktivitäten	☐	☐

7. Wie beurteilen Sie das soziale Umfeld Ihres Kindes:

8. Was würden Sie gerne zusätzlich besprechen:
