

 Kinderarzt Dr. Stefan Förster	Elternfragebogen	
		Vorsorgeuntersuchung U7a

Name: _____

Datum: _____
 geb.: _____

	Ja	nein	nicht beobachtet
Emotionale Kompetenz			
Kann einige Stunden bei bek. Personen bleiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soziale Kompetenz			
Gemeinsames Spielen mit and. Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rollenspiele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hilft im Haushalt mit, ahmt nach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feinmotorik			
Kritzelt, malt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blättert Buchseiten um	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Präziser 3-Finger-Spitzgriff	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grobmotorik			
Isst mit Löffel/Gabel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trinkt aus der Tasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zieht sich Hose runter/hoch auf Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beidbeiniges Hüpfen von letzter Treppenstufe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rennen mit Armschwung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umsteuern von Hindernissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plötzliches Anhalten möglich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fährt Laufrad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Steigt Treppen im Wechselschritt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sprache			
3 – 4-Wortsätze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eigener Name wird verwendet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lässt sich Bücher vorlesen und hört zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hört Kinderreime und wünscht Wiederholung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeines			
Kita-Besuch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Fluoridzahnpaste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Bitte Rückseite beachten

 Kinderarzt Dr. Stefan Förster	Elternfragebogen	
	Vorsorgeuntersuchung U7a	

Ja nein nicht beobachtet

Feststellung der Hörfähigkeit

- | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Schnarcht Ihr Kind? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Hatte Ihr Kind bereits mehr als 3 Mittelohrentzündungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Hört Ihr Kind lauter als andere Familienmitglieder Musik oder macht es den Fernseher auffallend laut? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Haben Sie den Eindruck, Ihr Kind versteht Sie gelegentlich nicht? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |