



Dres. Röhricht Melchior Nellenßen

Facharzt-  
Praxis für  
Kinder &  
Jugendliche

### Fragebogen an die Eltern für die Vorsorgeuntersuchungen U8 und U9

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

| Mein Kind ...   | Ja   | Nein   |
|---|--|--|
| 1. klagt bei Aufregung häufig über Bauchschmerzen<br>kann wegen dieser Bauchschmerzen nicht wie sonst spielen | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 2. klagt mehrmals pro Woche über Kopfschmerzen<br>kann wegen dieser Kopfschmerzen nicht wie sonst spielen     | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 3. nässt oder kotet ab und zu tagsüber ein: _____x /Woche, _____ x/Monat                                      | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 4. malt nur sehr ungern und unsicher, kann den Stift nur schlecht halten                                      | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 5. kann nicht springen oder auf einem Bein stehen   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 6. fällt häufig, auch ohne Grund, hin   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 7. kann sich nicht von mir trennen,<br>deswegen kommt es im Kindergarten zu Problemen                         | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 8. ist sehr ängstlich   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 9. kaut Fingernägel   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 10. ist leicht ablenkbar, kann sich schlecht konzentrieren  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 11. ist unruhig, zappelig, kann nicht still sitzen  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 12. ist beim Spielen ein echter Draufgänger, riskant in seinem Verhalten                                      | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 13. kann Abmachungen und Regeln nicht einhalten   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 14. zerstört mit Absicht Dinge, die ihm nicht gehören   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 15. stottert  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 16. spricht sehr undeutlich   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 17. spricht nur sehr wenig  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 18. hat deutliche Schwierigkeiten zu verstehen, was ihm gesagt wird   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 19. hat Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 20. Ich habe das Gefühl, dass es nicht gut sehen kann (auch Farben erkennen)                                  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 21. Ich habe das Gefühl, dass es nicht gut hören kann   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 22. hat weitere Auffälligkeiten (bitte hier eintragen)  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |