

U3

4. – 5. LEBENSWOCHE

Praxisstempel

Foto: Superingo - Fotolia



Schwerpunkte:

Entwicklungsauffälligkeiten, Fehlstellungen, Motivation zur und Aufklärung über Impfungen

Datum	Name des Kindes		Ja	Nein
		1. Haben Sie Schwangerschaft und Geburt in überwiegend positiver Erinnerung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		2. Ist Ihre Wohnung vollständig rauchfrei?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		3. Wird Ihr Kind gestillt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		4. Haben Sie festgestellt, dass Ihr Kind auf Geräusche bzw. die Stimme der Eltern reagiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		5. Schaut Ihr Kind Sie an und Ihnen nach?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		6. Schläft Ihr Kind im eigenen Bett im Elternschlafzimmer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		7. Liegt die Raumtemperatur im Schlafzimmer des Kindes bei den empfohlenen 16 – 18 °C?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		8. Liegt Ihr Kind beim Schlafen und in unbeobachteten Momenten immer auf dem Rücken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		9. Legen Sie Ihr Kind, wenn es wach und unter Beobachtung ist, auch auf den Bauch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		10. Wendet Ihr Kind seinen Kopf zu beiden Seiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		11. Unterstützt der Vater des Kindes Sie im täglichen Leben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		12. Haben Sie Hilfe durch Familie und Freunde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		13. Verbleiben Ihnen Freiräume für sich selbst und Ihre eigenen Interessen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		14. Fühlen Sie sich wohl in der neuen Lebenssituation mit ihrem Kind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		15. Bekommt Ihr Kind täglich Vitamin D/Fluor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		16. Haben Sie Auffälligkeiten beim Schlafen, Trinken oder der Verdauung bemerkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

U4

3. – 4. LEBENSMONAT

Praxisstempel

Foto: Ramona Heim - Fotolia



Schwerpunkte:

Altersgerechte
Entwicklung, soziale
Interaktionsfähigkeit

Datum _____

Name des Kindes _____

	Ja	Nein
1. Kann Ihr Kind den Kopf in Bauchlage heben und gehoben halten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Stützt sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme und kann es dabei den Kopf für einige Sekunden heben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Greift Ihr Kind gezielt nach Gegenständen und führt es diese zum Mund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Schläft Ihr Kind nachts bereits mehrere Stunden durch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Lächelt ihr Kind Sie und andere Personen an?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Verfolgt Ihr Kind Gegenstände mit den Augen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Reagiert das Kind auf Ansprache?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ist Ihre Wohnung vollständig rauchfrei?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ist der Umgang innerhalb der Familie (z.B. Geschwisterkinder) problemlos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Haben Sie mögliche Unfallgefahren im Haushalt beseitigt? (Steckdosen, Elektrokabel, verschluckbare Gegenstände, Putz- und Waschmittel etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Schaffen Sie sich selbst persönliche Freiräume?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Pflegen Sie mit Ihrem Kind soziale Kontakte? (beispielsweise Elterntreff, Krabbelgruppe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ergab die Hüftultraschalluntersuchung einen unauffälligen Befund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Bekommt Ihr Kind täglich Vitamin D/Fluor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

U5

6. – 7. LEBENSMONAT

Praxisstempel

Foto: famvelerman



Schwerpunkte:

Altersgerechte
Entwicklung, soziale
Interaktionsfähigkeit

Datum _____

Name des Kindes _____

	Ja	Nein
1. Kann Ihr Kind beidhändig nach Gegenständen greifen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Kann Ihr Kind sich aktiv vom Rücken auf den Bauch oder umgekehrt drehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Erkundet Ihr Kind Gegenstände mit den Händen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Beobachtet Ihr Kind gezielt Gegenstände und Bewegungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Lacht Ihr Kind laut auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Lässt sich Ihr Kind durch Zureden beruhigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Füttern Sie Beikost mit dem Löffel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Schläft Ihr Kind mindestens 6 Stunden durch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Fühlen Sie sich durch Ihren Partner bzw. Freunde/Familie ausreichend unterstützt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Sind Sie bereits wieder berufstätig bzw. planen Sie in Kürze den Wiedereinstieg ins Arbeitsleben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Bekommt Ihr Kind täglich Vitamin D/Fluor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Gibt Ihr Kind rhythmische Laute wie dei-dei-dei von sich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

U6

10. – 12. LEBENSMONAT

Praxisstempel



Foto: vgejjic - iStock

Schwerpunkte:

Feinmotorik,
Beweglichkeit,
Sprachentwicklung

Datum

Name des Kindes

	Ja	Nein
1. Kann Ihr Kind sicher sitzen und sich aus der Sitzposition zu allen Seiten abstützen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Kann Ihr Kind sich alleine zum Stand hochziehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Macht Ihr Kind erste Schritte an der Hand oder an Möbeln entlang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Kann Ihr Kind kleine Gegenstände ergreifen (z. B. Krümel)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind einfache Worte wie „Nein“ oder „Gib mir den Ball“ versteht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Reagiert Ihr Kind auf die Nennung seines Namens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Spricht Ihr Kind einzelne Worte bzw. Doppellaute (ma-ma, pa-pa)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Findet Ihr Kind beim Spiel versteckte Gegenstände wieder bzw. sucht nach ihnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Haben Sie mögliche Unfallquellen im Blick (beispielweise verschluckbare Gegenstände, Tischdecken, Treppen, Lauflernhilfe)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Kann Ihr Kind sich zeitweise von Ihnen trennen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Schläft Ihr Kind nachts durch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Isst Ihr Kind mit Ihnen am Tisch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Trinkt Ihr Kind andere Flüssigkeiten außer Milch (Wasser/ungesüßter Tee)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Finden Sie neben der Betreuung Ihres Kindes Zeit für eigene Freiräume und Entlastungsmöglichkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Bekommt Ihr Kind täglich Vitamin D/Fluor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

U9

60. – 64. LEBENSMONAT

Praxisstempel

Foto: Weekend Images Inc. - iStock



Schwerpunkte:

Individuations-,
Sozialisations-,
Sprachentwicklung,
kognitive Fähigkeit vor
Einschulung, neuro-
motorische Entwicklung

Datum

Name des Kindes

	Ja	Nein
1. Kann Ihr Kind ohne Stützräder Fahrradfahren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Spielt Ihr Kind Rollenspiele? (So-tun-als-ob-Spiele)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Kann Ihr Kind einfache Spielregeln einhalten und auch mal verlieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ist Ihr Kind beim Spiel im Vergleich ähnlich geschickt wie gleichaltrige Kinder?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Spricht Ihr Kind richtig und auch für Fremde verständlich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Hat ihr Kind Freunde/Freundinnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Kann Ihr Kind mit Verboten umgehen und Grenzen einhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Kann Ihr Kind kleinere Aufträge (z.B. im Haushalt) erfüllen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ist Ihr Kind sowohl tags als auch nachts trocken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Kann Ihr Kind sich für längere Zeit von Bezugspersonen trennen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Fühlt sich Ihr Kind im Kindergarten wohl?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Hat Ihr Kind ein gutes Verhältnis zu beiden Elternteilen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. malt Ihr Kind Figuren mit Kopf und Fuß?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Hat Ihr Kind regelmäßig Kontakt zu anderen Familienmitgliedern? (Großeltern, Tanten, Onkel etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Begrenzen Sie den Umgang mit Fernsehen, PC auf ca. maximal 30 Minuten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

U10

7.-8. LEBENSJAHR

Praxisstempel



Foto: Andrey Kiselev - Fotolia

Schwerpunkte:

Motorische und intellektuelle Entwicklung (Lese-Recht-schreib-Störungen, Rechenstörungen), Verhaltensstörungen (z. B. ADHS), Medienverhalten

Datum _____

Name des Kindes _____

	Ja	Nein
1. Schläft Ihr Kind gut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hat Ihr Kind einen normalen Appetit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Geht Ihr Kind gern in die Schule?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Kann Ihr Kind sich gut konzentrieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Werden Hausaufgaben im Wesentlichen selbstständig gemacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Lernt Ihr Kind mit Freude?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hat Ihr Kind Freunde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ist Ihr Kind in der Familie gut integriert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Zeigt Ihr Kind in der Schule und in anderen Gruppensituationen ein normales Sozialverhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Folgt Ihr Kind meistens den in der Familie aufgestellten Regeln?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Hält sich Ihr Kind an die von Ihnen bestimmten Regeln bezüglich des Medienkonsums (Handy, Fernsehen, Computer)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Übernimmt Ihr Kind regelmäßig kleine Pflichten im Haushalt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Kann sich Ihr Kind selbst beschäftigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ist Ihr Kind in der Regel ausgeglichen und fröhlich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

U11

9. – 10. LEBENSJAHR

Praxisstempel



Foto: Valua Vitaly - iStock

Schwerpunkte:

Schulleistungsstörungen, präpubertäre/pubertäre Problematik, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Medienverhalten; Bewegungsverhalten

Datum	Name des Kindes	Ja	Nein
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



13. – 15. LEBENSJAHR

Praxisstempel

Foto: Olesya Tseytin - iStock



Schwerpunkte:

Pubertäre Entwicklung sowie Krankheiten, die die geistige und körperliche Entwicklung in nicht geringfügigem Maß gefährden

Datum

Name des Kindes

	Ja	Nein
1. Ich habe selten oder nie Kopfschmerzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich mache mir eigentlich keine Sorgen um meine Gesundheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich kann meistens gut schlafen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich bin wenig wählerisch beim Essen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich bin mit meiner Figur/meinem Körper zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ich verstehe mich mit meinen Eltern meistens gut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich verstehe mich mit meinen Geschwistern meistens gut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ich gehe regelmäßig und meistens ganz gern zur Schule.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ich komme in der Schule gut klar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ich kann mich gut konzentrieren und lernen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich habe guten Kontakt zu anderen Jugendlichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ich habe einige langjährige Freundschaften.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ich schaue meist unbesorgt in die Zukunft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ich bin oft und unbegründet über Tage traurig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ich mache regelmäßig Sport in der Schule und	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Ich habe Hobbies, denen ich in meiner Freizeit nachgehe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Ich beschäftige mich regelmäßig mit Computer, Fernsehen, Handy; ca. _____ Std/Tag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. In meiner Freizeit bin ich sportlich aktiv.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Rauchst du, trinkst du Alkohol oder nimmst du Drogen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wende dich gerne an die Ärztin/den Arzt oder das Praxisteam, wenn du Fragen und Antworten besprechen möchtest. Genau dafür sind die Fragebögen gemacht.

J2

17. – 18. LEBENSJAHR

Praxisstempel



Foto: Yobro10 - iStock

Schwerpunkte:

Pubertäts- und Sexualstörungen, Haltungprobleme, Schilddrüsenfunktion, Gewichtsentwicklung, Sozialisations- und Verhaltensstörung, Suchtberatung, Berufswahlberatung

Datum _____

Name des Kindes _____

- | | Ja | Nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Ich habe selten oder nie Kopfschmerzen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Ich mache mir eigentlich keine Sorgen um meine Gesundheit. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Ich kann meistens gut schlafen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Ich bin wenig wählerisch beim Essen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Ich bin mit meiner Figur/meinem Körper zufrieden. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Ich verstehe mich mit meinen Eltern meistens gut. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Ich verstehe mich mit meinen Geschwistern meistens gut. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Ich gehe regelmäßig und meistens ganz gern zur Schule. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Ich komme in der Schule gut klar. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Ich habe guten Kontakt zu anderen Jugendlichen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Ich habe einige langjährige Freundschaften. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Ich schaue meist unbesorgt in die Zukunft. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Ich bin oft und unbegründet über Tage traurig gestimmt. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Ich mache regelmäßig Sport in der Schule. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. In meiner Freizeit bin ich sportlich aktiv. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Ich habe Hobbies, denen ich in meiner Freizeit nachgehe. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Ich beschäftige mich regelmäßig mit Computer, Fernsehen, Handy; ca. _____ Std/Tag | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Ich habe Pläne und Ideen bezüglich meiner beruflichen Zukunft. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Über die Frage der Verhütung und/oder Schutz vor AIDS habe ich mich bereits ausreichend informiert. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Rauchst du, trinkst du Alkohol oder nimmst du Drogen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wende dich gerne an die Ärztin/den Arzt oder das Praxisteam, wenn du Fragen und Antworten besprechen möchtest. Genau dafür sind die Fragebögen gemacht.