

Elternfragebogen U10 – U11



Name des Kindes: _____

Gab es seit der letzten U-Untersuchung:

- Schwerwiegende Erkrankungen/Unfälle: _____
- Operationen: _____
- Besondere familiäre Belastung: _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche?

Welche Schule und Klasse besucht Ihr Kind?

Medienkonsum täglich

_____ h/Tag

Bewegung täglich

_____ h/Tag

Gibt es bei Ihrem Kind?

- Schulprobleme/Teilleistungsstörungen: _____
- Verhaltensauffälligkeiten: _____
- Ernährungs-/Gewichtsprobleme: _____
- Verdauungsprobleme: _____
- Verdacht auf Hörstörungen: _____
- Verdacht auf Sehstörungen: _____
- Pubertätszeichen: _____

Gibt es bei Verwandten 1. Grades stark erhöhte Blutfettwerte?

ja nein

Sonstiges/Wünsche:
