

Elternfragebogen U7 – U9



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?

Besucht Ihr Kind eine Kita/Tagesmutter?

ja nein

Medienkonsum täglich

_____ h/Tag

Bewegung täglich

_____ h/Tag

Sport im Verein

ja nein

Spielt Ihr Kind mit anderen Kindern Rollenspiele?

ja nein

Gibt es bei Ihrem Kind?

- Ernährungs-/Gewichtsprobleme: _____
- Verdauungsprobleme: _____
- Zahnproblem/Karies: _____
- Hautprobleme: _____
- Schnarchen: _____
- Verdacht auf Hörstörungen: _____
- Sprachentwicklungsprobleme: _____
- Verhaltensauffälligkeiten: _____

Sonstiges/Wünsche: _____
