



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

Paul Wettzel · Dr. med. Rolf Bigalke · Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Fragebogen zur U11

9 bis 10 Jahre

Kurz vor dem Schulwechsel und vor der Pubertät: Schule, Freundschaften, Medien, Bewegung, Gewicht, Zähne – und die HPV-Impfung, die ab neun Jahren möglich ist.

ANGABEN ZUM KIND

Name des Kindes

Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

Ausgefüllt von (Name)

Datum

Telefon für Rückfragen

Wer füllt den Bogen aus?

☐ Mutter

☐ Vater

☐ beide gemeinsam

☐ andere Bezugsperson

SEIT DER LETZTEN VORSORGE

War Ihr Kind seit der letzten Vorsorge ernsthaft krank (Fieber über mehrere Tage, Lungenentzündung, Harnwegsinfekt o. Ä.)?

☐ ja

☐ nein

Gab es einen Krankenhausaufenthalt, eine Operation oder einen Unfall?

☐ ja

☐ nein

Hatte Ihr Kind einen Krampfanfall oder eine Bewusstlosigkeit?

☐ ja

☐ nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

☐ ja

☐ nein

Ist eine Allergie oder Unverträglichkeit neu aufgefallen?

☐ ja

☐ nein

War Ihr Kind zwischenzeitlich bei anderen Ärztinnen oder Ärzten (auch Notdienst, Klinik, Fachpraxis)?

☐ ja

☐ nein

Hat Ihr Kind häufig Kopf- oder Bauchschmerzen, Übelkeit oder Schlafprobleme ohne erkennbare Ursache?

☐ ja

☐ nein

Falls ja: Was genau, wann, und wie wurde behandelt? (Medikamente bitte mit Namen)



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

Paul Wettzel · Dr. med. Rolf Bigalke · Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

SCHULE

Klasse

Schule

Geplante weiterführende Schule

Geht Ihr Kind gern zur Schule?

☐ ja☐ teilweise☐ nein

Kommt es im Lesen und Schreiben gut mit?

☐ ja☐ teilweise☐ nein

Kommt es im Rechnen gut mit?

☐ ja☐ teilweise☐ nein

Kann es sich im Unterricht und bei den Hausaufgaben angemessen lange konzentrieren?

☐ ja☐ teilweise☐ nein

Hat es Freundinnen oder Freunde?

☐ ja☐ teilweise☐ nein

Kommt es mit Lehrkräften und Mitschülern gut zurecht?

☐ ja☐ teilweise☐ nein

Gab es von der Schule Rückmeldungen zu Lernen, Aufmerksamkeit oder Verhalten?

☐ ja☐ nein

Wurde eine Lese-Rechtschreib-Schwäche, Rechenschwäche oder eine Aufmerksamkeitsstörung vermutet oder festgestellt?

☐ ja☐ nein

Erhält Ihr Kind Förderunterricht, Nachhilfe oder eine Therapie?

☐ ja☐ nein

Wird Ihr Kind ausgegrenzt oder gemobbt – auch über das Handy oder im Internet?

☐ ja☐ nein

Macht Ihnen der Übergang auf die weiterführende Schule Sorgen?

☐ ja☐ nein

Falls ja: Was genau, seit wann, was wurde unternommen?

VERHALTEN UND GEFÜHLE

Ist Ihr Kind meist ausgeglichen und fröhlich?

☐ ja☐ teilweise☐ nein

Kann es Regeln einhalten und Konflikte ohne Gewalt lösen?

☐ ja☐ teilweise☐ nein

Ist es sehr unruhig, zappelig oder leicht ablenkbar?

☐ ja☐ teilweise☐ nein

Ist es oft traurig, zurückgezogen oder ängstlich?

☐ ja☐ teilweise☐ nein

Hat es mehrere gute Freundinnen oder Freunde?

☐ ja☐ teilweise☐ nein

Schläft es gut ein und durch?

☐ ja☐ teilweise☐ nein



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

Paul Wettzel · Dr. med. Rolf Bigalke · Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Spricht Ihr Kind mit Ihnen über das, was es beschäftigt?

☐ ja

☐ teilweise

☐ nein

ERNÄHRUNG, BEWEGUNG UND GEWICHT

Frühstückt Ihr Kind vor der Schule?

☐ ja

☐ nein

Isst es täglich Obst und Gemüse?

☐ ja

☐ nein

Trinkt es regelmäßig Limonade, Saft oder Energydrinks?

☐ ja

☐ nein

Isst es häufig Fast Food oder Süßigkeiten?

☐ ja

☐ nein

Machen Sie sich Sorgen um das Gewicht oder das Essverhalten Ihres Kindes?

☐ ja

☐ nein

Ist Ihr Kind täglich mindestens eine Stunde draußen in Bewegung?

☐ ja

☐ nein

Treibt es regelmäßig Sport (Verein, Schwimmen, Turnen, Tanzen)?

☐ ja

☐ nein

Machen Sie sich Sorgen um das Gewicht Ihres Kindes (zu viel oder zu wenig)?

☐ ja

☐ nein

Welchen Sport treibt Ihr Kind, wie oft pro Woche?

Kann Ihr Kind schwimmen?

☐ ja

☐ nein

Fährt es Fahrrad – mit Helm?

☐ ja

☐ nein

MEDIEN

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind an einem normalen Schultag mit Bildschirmen (Fernsehen, Tablet, Handy, Konsole)?

☐ bis 30 Minuten

☐ 30 bis 60 Minuten

☐ 1 bis 2 Stunden

☐ mehr als 2 Stunden

Hat Ihr Kind ein eigenes Smartphone?

☐ ja

☐ nein

Nutzt es soziale Netzwerke oder Messenger (WhatsApp, TikTok, Instagram, YouTube)?

☐ ja

☐ nein

Gibt es feste Regeln für Bildschirmzeiten und Inhalte?

☐ ja

☐ nein

Spielt es Computer- oder Konsolenspiele, die nicht für sein Alter freigegeben sind?

☐ ja

☐ nein

Gibt es Streit um Medien oder fällt es dem Kind schwer, aufzuhören?

☐ ja

☐ nein

Steht ein Bildschirmgerät im Kinderzimmer?

☐ ja

☐ nein



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

Paul Wettzel · Dr. med. Rolf Bigalke · Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

KÖRPER UND PUBERTÄT

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Sieht Ihr Kind gut (Brille? letzter Augenarzttermin?) | ☐ ja | ☐ nein |
| Hört es gut? | ☐ ja | ☐ nein |
| War es in den letzten zwölf Monaten beim Zahnarzt, und wurde eine Zahnspange empfohlen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Nässt es nachts noch ein? | ☐ ja | ☐ nein |
| Hat es Probleme mit Haltung, Rücken, Knien oder Füßen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Hat Ihr Kind häufig Kopfschmerzen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Zeigen sich erste Zeichen der Pubertät (Brustentwicklung, Schambehaarung, Wachstumsschub, Körpergeruch)? | ☐ ja | ☐ nein |
| Haben Sie mit Ihrem Kind schon über die Pubertät gesprochen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Wird Sonnenschutz beachtet? | ☐ ja | ☐ nein |

IMPFUNGEN

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Wurden alle bisher empfohlenen Impfungen durchgeführt? | ☐ ja | ☐ nein |
| Wurden Impfungen an anderer Stelle gegeben, die uns noch nicht vorliegen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Möchten Sie über die HPV-Impfung sprechen? (Empfohlen für Mädchen und Jungen ab 9 Jahren, zwei Dosen bis zum 14. Geburtstag) | ☐ ja | ☐ nein |
| Möchten Sie über andere Impfungen sprechen, auch über Bedenken? | ☐ ja | ☐ nein |

FAMILIE

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Gibt es in der engeren Familie Diabetes, stark erhöhte Blutfette, Bluthochdruck oder einen Herzinfarkt oder Schlaganfall vor dem 55. Lebensjahr? | ☐ ja | ☐ nein |
| Gibt es in der Familie Suchterkrankungen oder eine psychische Erkrankung, die den Alltag Ihres Kindes berührt? | ☐ ja | ☐ nein |
| Wird in der Wohnung geraucht? | ☐ ja | ☐ nein |
| Gibt es zurzeit eine besondere Belastung in der Familie, über die Sie sprechen möchten? | ☐ ja | ☐ nein |



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

Paul Wettzel · Dr. med. Rolf Bigalke · Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

IHRE FRAGEN UND WÜNSCHE

Worüber möchten Sie beim Termin sprechen? (Mehrfachauswahl)

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Schule und Schulwechsel | ☐ Konzentration und Aufmerksamkeit | ☐ Stimmung, Ängste, Rückzug |
| ☐ Freundschaften und Mobbing | ☐ Medien, Smartphone, soziale Netzwerke | ☐ Ernährung, Bewegung, Gewicht |
| ☐ Pubertät | ☐ Schlaf | ☐ Einnässen |
| ☐ Haltung und Rücken | ☐ Zähne und Kieferorthopädie | ☐ HPV- und andere Impfungen |
| ☐ Alkohol, Nikotin, Vapes – Vorbeugung | | |

Machen Sie sich Sorgen um die Entwicklung oder das Verhalten Ihres Kindes?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie Fragen zu Impfungen?

☐ ja ☐ nein

Was möchten Sie uns außerdem sagen – Beobachtungen, Sorgen, Fragen?

Bitte zur U11 mitbringen

Gelbes Untersuchungsheft und Impfausweis

Versichertenkarte

Das letzte Zeugnis oder Rückmeldungen der Schule, falls es Auffälligkeiten gibt

Berichte von Therapien oder Fördermaßnahmen

Brille, falls vorhanden

So kommt der Bogen zu uns

Am einfachsten: Bogen auf pvz-neumuenster.de direkt am Handy ausfüllen und die PDF-Datei über die Online-Rezeption (arzt-direkt) als Anhang an uns senden.

Oder: PDF am Computer ausfüllen, speichern und ebenfalls über arzt-direkt schicken.

Oder ganz klassisch: ausdrucken, ausfüllen und zum Termin mitbringen.