



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

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

Fragebogen zur U5

6. bis 7. Lebensmonat

Greifen, Drehen, Brabbeln und der Beikost-Start: Bei der U5 ist viel in Bewegung. Wir schauen außerdem auf Augen und Ohren.

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

Hatte Ihr Kind häufige oder schwere Infektionen (mehr als zwei fieberhafte Infekte, Ohrenentzündung, Bronchiolitis)?

☐ 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

ERNÄHRUNG, VERDAUUNG UND SCHLAF

Wie wird Ihr Kind zurzeit ernährt?

☐ noch voll gestillt ☐ gestillt und Beikost ☐ Flasche und Beikost ☐ überwiegend Familienkost

Wurde mit Beikost begonnen (Brei, Fingerfood)? ☐ ja ☐ nein

Isst Ihr Kind mit Appetit und ohne Würgen oder Verschlucken? ☐ ja ☐ nein

Bekommt es täglich Vitamin D? ☐ ja ☐ nein

Wird Fluorid gegeben (Tablette oder fluoridhaltige Zahnpasta)? ☐ ja ☐ nein

Gibt es Verstopfung, Durchfall oder Bauchweh? ☐ ja ☐ nein

Hat Ihr Kind bereits Zähne? Werden sie geputzt? ☐ ja ☐ nein

Womit hat die Beikost begonnen, seit wann?

Gab es Reaktionen auf bestimmte Nahrungsmittel?

Schläft Ihr Kind gut ein und meist durch? ☐ ja ☐ nein

Gibt es regelmäßige Schlafprobleme (Einschlafen dauert lange, häufiges Aufwachen, Alpträume)? ☐ ja ☐ nein

Wie schläft Ihr Kind (eigenes Bett, Elternbett, Zimmer)?

Schlafenszeit abends / Aufstehen morgens

ENTWICKLUNG UND VERHALTEN

Stützt sich Ihr Kind in Bauchlage auf die gestreckten Arme (Handstütz)? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Dreht es sich vom Rücken auf den Bauch oder umgekehrt? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Hält es den Kopf sicher, wenn Sie es an den Händen hochziehen? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Greift es gezielt nach Gegenständen und wechselt sie von einer Hand in die andere? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Steckt es Gegenstände in den Mund und untersucht sie mit den Händen? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Macht es Silbenketten wie „dadada“ oder „bababa“? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Lacht es laut? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Unterscheidet es zwischen vertrauten und fremden Personen (beginnendes Fremdeln)? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

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

Freut es sich sichtbar, wenn Sie nach einer kurzen Trennung zurückkommen? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

SEHEN UND HÖREN

Schielt Ihr Kind (auch nur gelegentlich)? ☐ ja ☐ nein

Fällt Ihnen ein Zittern der Augen oder eine auffällige Kopfhaltung auf? ☐ ja ☐ nein

Reagiert Ihr Kind auf leise Geräusche und auf Ihre Stimme, auch wenn es Sie nicht sieht? ☐ ja ☐ nein

Dreht es den Kopf zur Geräuschquelle? ☐ ja ☐ nein

Gab es Ohrenentzündungen? ☐ ja ☐ nein

IMPFUNGEN

Wurden alle bisher empfohlenen Impfungen durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Wurden Impfungen an anderer Stelle (Klinik, andere Praxis, Gesundheitsamt) gegeben, die uns noch nicht vorliegen? ☐ ja ☐ nein

Gab es nach einer Impfung eine starke Reaktion? ☐ ja ☐ nein

Möchten Sie beim Termin über Impfungen sprechen, auch über Bedenken? ☐ ja ☐ nein

Ist in der Familie seit der letzten Vorsorge eine wichtige Erkrankung neu aufgetreten (z. B. Allergie, Asthma, Epilepsie, Herz, Schilddrüse)? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: bei wem und was?

ALLTAG UND FAMILIE

Wird Ihr Kind außerhalb der Familie betreut (Tagespflege, Kita, Schule, Hort)? ☐ ja ☐ nein

Wird in der Wohnung oder im Auto geraucht? ☐ ja ☐ nein

Gibt es zurzeit eine besondere Belastung in der Familie (Krankheit, Trennung, finanzielle Sorgen, wenig Unterstützung), über die Sie sprechen möchten? ☐ ja ☐ nein

Fühlen Sie sich mit der Situation zu Hause insgesamt gut zurecht? ☐ 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)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Beikost und Ernährung | ☐ Sicherer Schlaf | ☐ Schlafprobleme |
| ☐ Unfallverhütung (Stürze, Verbrennungen, Kleinteile) | ☐ Sprachförderung | ☐ Impfungen |
| ☐ Vitamin D und Fluorid | ☐ Zahnpflege und erster Zahnarztbesuch | ☐ Sonnenschutz |
| ☐ Betreuung und Rückkehr in den Beruf | | |

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 U5 mitbringen

Gelbes Untersuchungsheft und Impfausweis

Versichertenkarte

Eine frische Windel und etwas zu trinken

Falls vorhanden: Befunde von anderen Praxen oder Kliniken

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.