



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

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

Fragebogen zur U7

21. bis 24. Lebensmonat

Laufen, Klettern, erste Wörter und Sätze: Bei der U7 steht die Sprache im Mittelpunkt. Bitte füllen Sie zusätzlich den kurzen Sprachtest SBE-2-KT aus.

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 sechs Infekte im Jahr, Lungenentzündung, Ohrenentzündungen)?

☐ 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

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Isst Ihr Kind an den Familienmahlzeiten mit? | ☐ ja | ☐ nein |
| Ist Ihr Kind sehr wählerisch beim Essen oder verweigert es ganze Lebensmittelgruppen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Trinkt Ihr Kind überwiegend Wasser oder ungesüßten Tee? | ☐ ja | ☐ nein |
| Bekommt es Süßgetränke oder Saft aus der Flasche – auch nachts? | ☐ ja | ☐ nein |
| Gibt es Verstopfung, Durchfall oder häufige Bauchschmerzen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Werden die Zähne zweimal täglich mit fluoridhaltiger Zahnpasta geputzt? | ☐ ja | ☐ nein |
| War Ihr Kind schon beim Zahnarzt? | ☐ ja | ☐ nein |
| 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

- | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Geht Ihr Kind frei und sicher, auch über unebenen Boden? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Geht es Treppen hinunter, wenn es sich festhalten kann? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Kritzelt es mit einem Stift auf Papier? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Packt es kleine Gegenstände aus (z. B. ein Bonbon aus Papier)? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Stapelt es zwei oder drei Bausteine übereinander? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Zeigt es im Bilderbuch auf Dinge, die Sie benennen? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Spielt es etwa eine Viertelstunde allein? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Isst es mit dem Löffel? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Holt es Sie ins Spiel hinein – zeigt Ihnen Dinge, bringt sie Ihnen? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Zeigt es auf Dinge, die es haben möchte oder interessant findet? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

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

SPRACHE

Wie viele verschiedene Wörter spricht Ihr Kind ungefähr? (Auch unvollständige wie „Ba“ für Ball zählen)

☐ weniger als 10

☐ 10 bis 50

☐ mehr als 50

Verbindet Ihr Kind schon zwei Wörter (z. B. „Mama Ball“, „Papa da“)?

☐ ja

☐ nein

Versteht es einfache Aufforderungen ohne Zeigen (z. B. „Hol den Schuh“)?

☐ ja

☐ nein

Drückt es Ablehnung aus – mit „nein“, Kopfschütteln oder Wegdrücken?

☐ ja

☐ nein

Zeigt es auf Körperteile, wenn Sie sie nennen (Nase, Bauch)?

☐ ja

☐ nein

Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?

☐ ja

☐ nein

Wird Ihr Kind von seiner Umgebung verstanden?

☐ ja

☐ nein

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf?

☐ ja

☐ nein

Falls mehrsprachig: Welche Sprachen, und welche spricht Ihr Kind am liebsten?

Sprachtest SBE-2-KT

Zur U7 gehört ein kurzer, wissenschaftlich geprüfter Sprachtest (SBE-2-KT). Er darf nur im Original verwendet werden und ist deshalb ein eigenes Blatt: Sie finden es im Downloadbereich unter „Sprachtests“ oder bekommen es von uns. Dauer: etwa fünf Minuten.

SEHEN UND HÖREN

Schielt Ihr Kind (auch nur gelegentlich)?

☐ ja

☐ nein

Hält es Bilderbücher sehr nah vor die Augen oder kneift es die Augen zusammen?

☐ ja

☐ nein

Reagiert es zuverlässig auf leise Ansprache aus dem Nebenraum?

☐ ja

☐ nein

Schnarcht Ihr Kind regelmäßig?

☐ 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



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

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

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

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind an einem normalen Tag mit Bildschirmen (Fernseher, Tablet, Handy)?

☐ gar keine ☐ bis 30 Minuten ☐ 30 bis 60 Minuten ☐ mehr als 1 Stunde

Gibt es bei Ihnen feste Regeln für Bildschirmzeiten? ☐ ja ☐ nein

Nutzt Ihr Kind Bildschirmgeräte ohne Begleitung eines Erwachsenen? ☐ ja ☐ nein

IHRE FRAGEN UND WÜNSCHE

Worüber möchten Sie beim Termin sprechen? (Mehrfachauswahl)

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Sprachförderung | ☐ Zahnpflege und Fluorid | ☐ Unfallverhütung (Klettern, Straße, Wasser, Verschlucken) |
| ☐ Bewegung und Ernährung | ☐ Schlaf | ☐ Trotzphase und Grenzen |
| ☐ Bildschirmzeit | ☐ Impfungen | ☐ Kita-Eingewöhnung |

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

Haben Sie Fragen zu Impfungen? ☐ ja ☐ nein



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

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

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

Bitte zur U7 mitbringen

Gelbes Untersuchungsheft und Impfausweis

Versichertenkarte

Den ausgefüllten Sprachtest SBE-2-KT

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.