



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

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

Fragebogen zur U7a

34. bis 36. Lebensmonat

Kurz vor dem dritten Geburtstag: Sprache, Sehen, Spielen mit anderen Kindern. Bitte füllen Sie zusätzlich den Sprachtest SBE-3-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

Ist Ihr Kind tagsüber schon manchmal oder ganz trocken? ☐ ja ☐ nein

Gibt es Probleme mit dem Stuhlgang (Verstopfung, Zurückhalten, Schmerzen)? ☐ ja ☐ nein

ENTWICKLUNG UND VERHALTEN

Springt Ihr Kind mit beiden Füßen von einer Stufe ab? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Geht es Treppen im Wechselschritt (ein Fuß pro Stufe) hinauf? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Hält es den Stift mit drei Fingern und malt Striche oder Kreise? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Öffnet es große Knöpfe oder einen Reißverschluss? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Spielt es konzentriert längere Zeit an einer Sache? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Spielt es „so tun als ob“ (kocht, füttert eine Puppe, telefoniert)? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Hilft es gern bei kleinen Tätigkeiten mit (Tisch decken, aufräumen)? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Verkraftet es eine Trennung von mehreren Stunden (Kita, Großeltern) gut? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Spielt es mit anderen Kindern zusammen, nicht nur nebeneinander? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

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

Zieht es sich teilweise selbst an oder aus?

☐ ja

☐ teilweise

☐ nein

SPRACHE

Spricht Ihr Kind Sätze mit drei und mehr Wörtern?

☐ ja

☐ nein

Spricht es von sich in der Ich-Form („ich will“, „ich habe“)?

☐ ja

☐ nein

Nennt es seinen Vornamen, wenn man es fragt?

☐ ja

☐ nein

Versteht es zweiteilige Aufträge („Hol die Jacke und bring sie zu Papa“)?

☐ ja

☐ nein

Stellt es Fragen („Was ist das?“, „Wo ist ...?“)?

☐ ja

☐ nein

Stottert Ihr Kind (Wiederholungen von Lauten oder Silben, Blockaden)?

☐ ja

☐ nein

Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?

☐ ja

☐ nein

Verstehen auch fremde Personen, was Ihr Kind sagt?

☐ ja

☐ nein

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf?

☐ ja

☐ nein

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

Sprachtest SBE-3-KT

Zur U7a gehört der Sprachtest SBE-3-KT (Wortliste und Fragen zum Satzbau). 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 zehn Minuten.

SEHEN UND HÖREN

Schielt Ihr Kind (auch nur gelegentlich)?

☐ ja

☐ nein

Hält es den Kopf beim genauen Hinsehen schief oder kneift ein Auge zu?

☐ ja

☐ nein

Reagiert es zuverlässig auf leise Ansprache aus dem Nebenraum?

☐ ja

☐ nein

Schnarcht Ihr Kind regelmäßig oder atmet es nachts mit offenem Mund?

☐ ja

☐ nein

Gab es Ohrenentzündungen?

☐ ja

☐ nein

Bei der U7a prüfen wir das Sehen mit Bildtafeln und einem Test für das räumliche Sehen. Üben Sie gern vorher zu Hause, ein Auge kurz abzudecken – so klappt der Test beim Termin leichter.



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

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

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

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

☐ Sehen und Sehtest

☐ Zahnpflege, Fluorid, zahnärztliche Vorsorge

☐ Ernährung und Bewegung

☐ Bildschirmzeit

☐ Sauberkeitsentwicklung

☐ Schlaf

☐ Trotz und Grenzen

☐ Unfallverhütung

☐ Impfungen

☐ Kita



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

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

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 U7a mitbringen

Gelbes Untersuchungsheft und Impfausweis

Versichertenkarte

Den ausgefüllten Sprachtest SBE-3-KT

Falls vorhanden: Befunde von anderen Praxen, der Frühförderung oder der Kita

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.