



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

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

Fragebogen zur U8

46. bis 48. Lebensmonat

Mit vier Jahren: Hörtest, Sehtest, Sprache, Geschicklichkeit und das Miteinander in der Kita. Ein Bild, das Ihr Kind gemalt hat, dürfen Sie gern mitbringen.

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

Hat Ihr Kind häufig Kopf- oder Bauchschmerzen 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

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 trocken? | ☐ ja | ☐ nein |
| Ist Ihr Kind nachts trocken? | ☐ ja | ☐ nein |
| Nässt es tagsüber ein oder gibt es häufigen Harndrang, Brennen, Schmerzen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Gibt es Probleme mit dem Stuhlgang (Verstopfung, Einkoten, Schmerzen)? | ☐ ja | ☐ nein |

ENTWICKLUNG UND VERHALTEN

- | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Fährt Ihr Kind sicher Laufrad, Roller oder Dreirad? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Hüpft es mit beiden Füßen über ein Hindernis, z. B. ein Blatt Papier? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Steht es kurz auf einem Bein? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Hält es den Stift richtig (mit drei Fingern, nicht in der Faust)? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Malt es geschlossene Kreise und erste Menschen (Kopf mit Armen und Beinen)? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Schneidet es mit einer Kinderschere an einer Linie entlang? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Zieht es sich weitgehend allein an und aus? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

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

Spielt es Rollenspiele mit anderen Kindern („Ich bin die Mama, du das Baby“)? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Hält es sich bei einfachen Spielen an Regeln und kann es auch mal verlieren? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Kann es sich nach Ärger oder Enttäuschung meist selbst wieder beruhigen? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Ist es tagsüber zuverlässig trocken und sauber? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

SPRACHE

Spricht Ihr Kind längere Sätze (sechs Wörter und mehr)? ☐ ja ☐ nein

Erzählt es kleine Erlebnisse so, dass man den Ablauf versteht? ☐ ja ☐ nein

Stellt es viele Warum- und Wie-Fragen? ☐ ja ☐ nein

Versteht es Begriffe wie „unter“, „hinter“, „neben“? ☐ ja ☐ nein

Spricht es alle Laute deutlich aus (Ausnahme: „s“ und „sch“ dürfen noch unsicher sein)? ☐ ja ☐ nein

Stottert Ihr Kind? ☐ 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?

SEHEN UND HÖREN

Schließt Ihr Kind oder kneift es beim Hinsehen ein Auge zu? ☐ ja ☐ nein

Muss Ihr Kind oft nachfragen oder stellt es den Fernseher sehr laut? ☐ ja ☐ nein

Schnarcht Ihr Kind regelmäßig? ☐ ja ☐ nein

Gab es Ohrenentzündungen oder einen Paukenerguss? ☐ ja ☐ nein

Bei der U8 machen wir einen Hörtest mit Kopfhörern und einen Sehtest mit Bildtafeln. Es hilft, wenn Sie das Kind darauf vorbereiten: „Du sagst, wenn du einen Ton hörst.“



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

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

KITA

Besucht Ihr Kind eine Kita oder Tagespflege? ☐ ja ☐ nein

Geht es gern dorthin? ☐ ja ☐ nein

Gab es Rückmeldungen der Erzieherinnen und Erzieher zu Sprache, Konzentration, Motorik oder Sozialverhalten? ☐ ja ☐ nein

Wurde bereits eine Therapie durchgeführt oder empfohlen (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Frühförderung)? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: Was wurde rückgemeldet, welche Therapie, seit wann?

Ist Ihr Kind täglich mindestens eine Stunde draußen in Bewegung? ☐ ja ☐ nein

Treibt es regelmäßigen Sport (Verein, Schwimmen, Turnen, Tanzen)? ☐ ja ☐ nein

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



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

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

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

☐ Hören und Sehen

☐ Bildschirmzeit

☐ Ernährung und Bewegung

☐ Schlaf

☐ Sauberkeit und Einnässen

☐ Verhalten, Wutanfälle, Ängste

☐ Unfallverhütung (Straßenverkehr, Wasser, Fahrrad)

☐ Zahnärztliche Vorsorge

☐ Impfungen

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 U8 mitbringen

Gelbes Untersuchungsheft und Impfausweis

Versichertenkarte

Gern ein Bild, das Ihr Kind gemalt hat

Falls vorhanden: Rückmeldungen der Kita, Berichte von Therapien

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.