



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

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

Fragebogen zur U9

60. bis 64. Lebensmonat

Die letzte Vorsorge vor der Schule. Wir schauen auf Sprache, Konzentration, Motorik, Sehen und Hören – und darauf, ob Ihr Kind gut für den Schulstart gerüstet 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

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

- | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Hüpft Ihr Kind mehrmals auf einem Bein? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Fängt es einen zugeworfenen Ball mit den Händen? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Geht es Treppen ohne Festhalten im Wechselschritt hinauf und hinunter? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Hält es den Stift wie ein Erwachsener und malt es Formen nach (Kreis, Quadrat, Dreieck)? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Schneidet es Formen mit der Schere aus? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Benennt es mindestens drei Farben richtig? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Zählt es kleine Mengen ab (z. B. drei Bausteine)? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

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

Wechselt es sich beim Spiel ab und teilt es mit anderen?	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
Spielt es ausdauernd Rollenspiele mit anderen Kindern?	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
Kann es Gefühle wie Wut oder Enttäuschung meist angemessen regulieren?	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
Bleibt es bei einer Aufgabe (Puzzle, Bastelarbeit) 15 bis 20 Minuten konzentriert?	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
Zieht es sich selbstständig an, einschließlich Knöpfen und Reißverschluss?	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein

SPRACHE

Spricht Ihr Kind alle Laute richtig aus?	☐ ja	☐ nein
Erzählt es Geschichten oder Erlebnisse in der richtigen Reihenfolge?	☐ ja	☐ nein
Bildet es grammatisch weitgehend richtige Sätze (auch Nebensätze mit „weil“, „wenn“)?	☐ ja	☐ nein
Stottert Ihr Kind?	☐ ja	☐ nein
Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?	☐ ja	☐ nein
Verstehen auch fremde Personen alles, 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

BLICK RICHTUNG SCHULE

Besucht Ihr Kind eine Kita oder Vorschule?	☐ ja	☐ nein
Gab es dort Rückmeldungen zu Sprache, Konzentration, Motorik oder Sozialverhalten?	☐ ja	☐ nein
Hatte die Kita oder eine Frühförderstelle eine Entwicklungsauffälligkeit festgestellt?	☐ ja	☐ nein



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

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

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

Machen Sie sich Sorgen, ob Ihr Kind für die Schule bereit ist? ☐ 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 regelmäßig 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

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



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

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

Nutzt Ihr Kind Bildschirmgeräte ohne Begleitung eines Erwachsenen?

☐ ja

☐ nein

IHRE FRAGEN UND WÜNSCHE

Worüber möchten Sie beim Termin sprechen? (Mehrfachauswahl)

☐ Schulfähigkeit und Einschulung

☐ Sprachförderung

☐ Konzentration und Aufmerksamkeit

☐ Hören und Sehen

☐ Bildschirmzeit

☐ Ernährung, Bewegung, Gewicht

☐ Schlaf

☐ Einnässen

☐ Verhalten, Ängste, Wutanfälle

☐ Unfallverhütung (Schulweg, Fahrrad, Helm)

☐ Zahnärztliche Vorsorge und Fluorid

☐ 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 U9 mitbringen

Gelbes Untersuchungsheft und Impfausweis

Versichertenkarte

Falls vorhanden: Rückmeldungen der Kita, Berichte von Therapien, Unterlagen der Schuleingangsuntersuchung

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.