

Fragebogen

Vorsorge U10

7.-8. Lebensjahr

**Schwerpunkte: Motorische und intellektuelle Entwicklung
 (Lese-Rechtschreib-Störungen, Rechenstörungen),
 Verhaltensstörungen (z.B. ADHS), Medienverhalten**

Liebe Eltern,

bitte füllen Sie den Fragebogen aus, damit wir im persönlichen Gespräch besser auf Ihre Anliegen eingehen können.

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

	Ja	Nein
1 Schläft Ihr Kind gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Hat Ihr Kind einen normalen Appetit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Geht Ihr Kind gern in die Schule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Kann Ihr Kind sich gut konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Werden Hausaufgaben im Wesentlichen selbstständig gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Lernt Ihr Kind mit Freude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Hat Ihr Kind Freunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Ist Ihr Kind in der Familie gut integriert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Zeigt Ihr Kind in der Schule und in anderen Gruppensituationen ein normales Sozialverhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Folgt Ihr Kind meistens den in der Familie aufgestellten Regeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Hält sich Ihr Kind an die von Ihnen bestimmten Regeln bezüglich des Medienkonsums (Handy, Tablet, Fernsehen, Computer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Übernimmt Ihr Kind regelmäßig kleine Pflichten im Haushalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Kann sich Ihr Kind selbst beschäftigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Ist Ihr Kind in der Regel ausgeglichen und fröhlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Gibt es ein weiteres Anliegen, das wir bislang nicht angesprochen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beachten Sie, dass zur Besprechung einiger Anliegen eventuell ein weiterer Termin vereinbart werden muss.

 Datum

 Unterschrift der oder des Sorgeberechtigten

Originalquelle: Dieser Fragebogen wurde von uns als Mitglied im Deutschen Hausärztinnen- & Hausärzterverband aus der Verbandzeitschrift „Der Hausarzt“ (Sonderheft Familienmedizin 2017, 2021) entnommen und grafisch an unsere Praxis angepasst. Der Inhalt wurde leicht adaptiert.