

Fragebogen

# Vorsorge U11

## 9.-10. Lebensjahr

**Schwerpunkte: Schulleistungsstörungen, präpubertäre/pubertäre Problematik, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Medienverhalten, Bewegungsverhalten**

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 Verbandszeitschrift „Der Hausarzt“ (Sonderheft Familienmedizin 2017, 2021) entnommen und grafisch an unsere Praxis angepasst. Der Inhalt wurde leicht adaptiert.