

DER Hausarzt



Oktober 2017

Sonderheft

Familien- medizin

ist eine Denkweise

Fragebögen
U2 bis J2

als
Kopier-
vorlage

U2

3. – 10. LEBENSTAG

Praxisstempel

Foto: iStock; romrodinka - iStock



Schwerpunkte:

Angeborene Erkrankungen, Fehlbildungen

Datum

Name des Kindes

Ja Nein

1. Haben Sie Schwangerschaft und Geburt in überwiegend positiver Erinnerung? ☐ ☐
2. Verliep die Geburt ohne Komplikationen? ☐ ☐
3. Wollen Sie Ihr Kind stillen? ☐ ☐
4. Haben Sie genügend Unterstützung bei der Geburt erfahren? ☐ ☐
5. War der Vater des Kindes bei der Geburt anwesend? ☐ ☐
6. Haben Sie Unterstützung in der Familie oder im Freundeskreis? ☐ ☐
7. Nutzen Sie die Hilfe einer Hebammenbetreuung? ☐ ☐
8. Fühlen Sie sich kräftig genug, den Alltag mit Ihrem Kind zu bewältigen? ☐ ☐
9. Fühlen Sie sich wohl in der neuen Lebenssituation mit Ihrem Kind? ☐ ☐
10. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Kind Kontakt zu Ihnen sucht? ☐ ☐
11. Wurde bei Ihrem Kind ein Stoffwechseltest mittels Blutentnahme durchgeführt? ☐ ☐
12. Wurde ein apparativer Hörtest durchgeführt? ☐ ☐
13. In unserer Familie sind keine angeborenen Hüfterkrankungen bekannt. ☐ ☐
14. Wurde bei Ihrem Kind ein Test auf Mukoviszidose/ Stoffwechselstörungen durchgeführt? ☐ ☐
15. Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? ☐ ☐
16. Ist Ihnen etwas Besonderes aufgefallen? ☐ ☐

U3

4. – 5. LEBENSWOCHE

Praxisstempel

Foto: Superingo - Fotolia



Schwerpunkte:

Entwicklungsauffälligkeiten, Fehlstellungen, Motivation zur und Aufklärung über Impfungen

Datum	Name des Kindes		Ja	Nein
		1. Haben Sie Schwangerschaft und Geburt in überwiegend positiver Erinnerung?	☐	☐
		2. Ist Ihre Wohnung vollständig rauchfrei?	☐	☐
		3. Wird Ihr Kind gestillt?	☐	☐
		4. Haben Sie festgestellt, dass Ihr Kind auf Geräusche bzw. die Stimme der Eltern reagiert?	☐	☐
		5. Schaut Ihr Kind Sie an und Ihnen nach?	☐	☐
		6. Schläft Ihr Kind im eigenen Bett im Elternschlafzimmer?	☐	☐
		7. Liegt die Raumtemperatur im Schlafzimmer des Kindes bei den empfohlenen 16 – 18 °C?	☐	☐
		8. Liegt Ihr Kind beim Schlafen und in unbeobachteten Momenten immer auf dem Rücken?	☐	☐
		9. Legen Sie Ihr Kind, wenn es wach und unter Beobachtung ist, auch auf den Bauch?	☐	☐
		10. Wendet Ihr Kind seinen Kopf zu beiden Seiten?	☐	☐
		11. Unterstützt der Vater des Kindes Sie im täglichen Leben?	☐	☐
		12. Haben Sie Hilfe durch Familie und Freunde?	☐	☐
		13. Verbleiben Ihnen Freiräume für sich selbst und Ihre eigenen Interessen?	☐	☐
		14. Fühlen Sie sich wohl in der neuen Lebenssituation mit ihrem Kind?	☐	☐
		15. Bekommt Ihr Kind täglich Vitamin D/Fluor?	☐	☐
		16. Haben Sie Auffälligkeiten beim Schlafen, Trinken oder der Verdauung bemerkt?	☐	☐

U4

3. – 4. LEBENSMONAT

Praxisstempel



Foto: Ramona Heim -Fotolia

Schwerpunkte:

Altersgerechte
Entwicklung, soziale
Interaktionsfähigkeit

Datum	Name des Kindes		Ja	Nein
		1. Kann Ihr Kind den Kopf in Bauchlage heben und gehoben halten?	☐	☐
		2. Stützt sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme und kann es dabei den Kopf für einige Sekunden heben?	☐	☐
		3. Greift Ihr Kind gezielt nach Gegenständen und führt es diese zum Mund?	☐	☐
		4. Schläft Ihr Kind nachts bereits mehrere Stunden durch?	☐	☐
		5. Lächelt ihr Kind Sie und andere Personen an?	☐	☐
		6. Verfolgt Ihr Kind Gegenstände mit den Augen?	☐	☐
		7. Reagiert das Kind auf Ansprache?	☐	☐
		8. Ist Ihre Wohnung vollständig rauchfrei?	☐	☐
		9. Ist der Umgang innerhalb der Familie (z.B. Geschwisterkinder) problemlos?	☐	☐
		10. Haben Sie mögliche Unfallgefahren im Haushalt beseitigt? (Steckdosen, Elektrokabel, verschluckbare Gegenstände, Putz- und Waschmittel etc.)	☐	☐
		11. Schaffen Sie sich selbst persönliche Freiräume?	☐	☐
		12. Pflegen Sie mit Ihrem Kind soziale Kontakte? (beispielsweise Elterntreff, Krabbelgruppe)	☐	☐
		13. Ergab die Hüftultraschalluntersuchung einen unauffälligen Befund?	☐	☐
		14. Bekommt Ihr Kind täglich Vitamin D/Fluor?	☐	☐

U5

6. – 7. LEBENSMONAT

Praxisstempel



Foto: famveldman

Schwerpunkte:

Altersgerechte
Entwicklung, soziale
Interaktionsfähigkeit

Datum	Name des Kindes		Ja	Nein
		1. Kann Ihr Kind beidhändig nach Gegenständen greifen?	☐	☐
		2. Kann Ihr Kind sich aktiv vom Rücken auf den Bauch oder umgekehrt drehen?	☐	☐
		3. Erkundet Ihr Kind Gegenstände mit den Händen?	☐	☐
		4. Beobachtet Ihr Kind gezielt Gegenstände und Bewegungen?	☐	☐
		5. Lacht Ihr Kind laut auf?	☐	☐
		6. Lässt sich Ihr Kind durch Zureden beruhigen?	☐	☐
		7. Füttern Sie Beikost mit dem Löffel?	☐	☐
		8. Schläft Ihr Kind mindestens 6 Stunden durch?	☐	☐
		9. Fühlen Sie sich durch Ihren Partner bzw. Freunde/Familie ausreichend unterstützt?	☐	☐
		10. Sind Sie bereits wieder berufstätig bzw. planen Sie in Kürze den Wiedereinstieg ins Arbeitsleben?	☐	☐
		11. Bekommt Ihr Kind täglich Vitamin D/Fluor?	☐	☐
		12. Gibt Ihr Kind rhythmische Laute wie dei-dei-dei von sich?	☐	☐

U6

10. – 12. LEBENSMONAT

Praxisstempel

Foto: vgajic - iStock



Schwerpunkte:

Feinmotorik,
Beweglichkeit,
Sprachentwicklung

Datum	Name des Kindes		Ja	Nein
		1. Kann Ihr Kind sicher sitzen und sich aus der Sitzposition zu allen Seiten abstützen?	☐	☐
		2. Kann Ihr Kind sich alleine zum Stand hochziehen?	☐	☐
		3. Macht Ihr Kind erste Schritte an der Hand oder an Möbeln entlang?	☐	☐
		4. Kann Ihr Kind kleine Gegenstände ergreifen (z. B. Krümel)?	☐	☐
		5. Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind einfache Worte wie „Nein“ oder „Gib mir den Ball“ versteht?	☐	☐
		6. Reagiert Ihr Kind auf die Nennung seines Namens?	☐	☐
		7. Spricht Ihr Kind einzelne Worte bzw. Doppellaute (ma-ma, pa-pa)?	☐	☐
		8. Findet Ihr Kind beim Spiel versteckte Gegenstände wieder bzw. sucht nach ihnen?	☐	☐
		9. Haben Sie mögliche Unfallquellen im Blick (beispielweise verschluckbare Gegenstände, Tischdecken, Treppen, Lauflernhilfe)?	☐	☐
		10. Kann Ihr Kind sich zeitweise von Ihnen trennen?	☐	☐
		11. Schläft Ihr Kind nachts durch?	☐	☐
		12. Isst Ihr Kind mit Ihnen am Tisch?	☐	☐
		13. Trinkt Ihr Kind andere Flüssigkeiten außer Milch (Wasser/ungesüßter Tee)?	☐	☐
		14. Finden Sie neben der Betreuung Ihres Kindes Zeit für eigene Freiräume und Entlastungsmöglichkeiten?	☐	☐
		15. Bekommt Ihr Kind täglich Vitamin D/Fluor?	☐	☐

U7

21. – 24. LEBENSMONAT

Praxisstempel



Foto: ZoneCreative

Schwerpunkte:

Sinnesorgane, motorische Entwicklung, Sprache und Hören, geistige und soziale Entwicklung

Datum	Name des Kindes		Ja	Nein
		1. Kann Ihr Kind frei laufen? (mit Stoppen und seitlichem Abbiegen)	☐	☐
		2. Kann ihr Kind eine Treppe hinaufgehen?	☐	☐
		3. Beginnt Ihr Kind zu klettern? (z. B. auf eine Bank oder einen Kinderstuhl)	☐	☐
		4. Legt Ihr Kind größere Bausteine oder Holzklötzchen übereinander?	☐	☐
		5. Befolgt Ihr Kind einfache Anweisungen korrekt? (Beispielsweise: „Hole mir bitte das Buch/den Ball“)	☐	☐
		6. Kann Ihr Kind auf Körperteile bei sich und bei anderen Personen zeigen?	☐	☐
		7. Spielt Ihr Kind Situationen nach?	☐	☐
		8. Verfügt Ihr Kind über einen Wortschatz von mindestens 20 – 30 Wörtern?	☐	☐
		9. Schauen Sie sich mit Ihrem Kind gemeinsam Bilderbücher an?	☐	☐
		10. Singen Sie gemeinsam mit Ihrem Kind?	☐	☐
		11. Nennt sich Ihr Kind beim eigenen Namen?	☐	☐
		12. Haben Sie mögliche Unfallquellen beseitigt? (Treppen und Treppengitter, Lauflernhilfen, Herd, Tabletten, Chemikalien, Reinigungsmittel etc.)	☐	☐
		13. Setzen Sie Ihrem Kind deutlich Grenzen und bleiben Sie standhaft, auch in Trotz- und Wutphasen?	☐	☐
		14. Halten Sie Ihr Kind von Medien fern? (Fernsehen, PC, Tablet)	☐	☐

U7a

34. – 36. LEBENSMONAT

Praxisstempel



Foto: Olesia Bilkei - Fotolia

Schwerpunkte:

Allergische Erkrankungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Übergewicht, Sprachentwicklungsstörungen, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien

Datum	Name des Kindes		Ja	Nein
		1. Kann Ihr Kind eine kleine Stufe oder einen Tritt herunterspringen?	☐	☐
		2. Zieht Ihr Kind sich teilweise selbstständig aus?	☐	☐
		3. Kann Ihr Kind mehrere Bausteine über- bzw. nebeneinander legen?	☐	☐
		4. Beteiligt Ihr Kind andere Personen oder Puppen, Figuren etc. an seinem Spiel?	☐	☐
		5. Kann Ihr Kind alleine spielen und übernimmt es selbst Rollen beim Spiel?	☐	☐
		6. Kommen Sie selbst mit der neuen Selbstständigkeit Ihres Kindes zurecht?	☐	☐
		7. Gelingt es Ihnen, Ihrem Kind deutliche Grenzen zu setzen?	☐	☐
		8. Spricht Ihr Kind Mehrwortsätze?	☐	☐
		9. Stellt Ihr Kind häufig W-Fragen? (Wer/Was/Warum etc.)	☐	☐
		10. Gibt Ihr Kind Ihnen zu verstehen wenn es Harn- oder Stuhldrang verspürt?	☐	☐
		11. Hat Ihr Kind Schnuller bzw. Nuckelflasche abgegeben?	☐	☐
		12. Sucht Ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern?	☐	☐
		13. Ist Ihr Kind in einer Kinderbetreuung?	☐	☐
		14. Fühlt es sich wohl in der Betreuung? Kommt es mit den Betreuern und den anderen Kindern gut zurecht?	☐	☐
		15. Haben Sie ausreichende Kontrolle über die Beschäftigung Ihres Kindes mit elektronischen Medien? (Computer, Tablet, Mobilfunk und insbesondere TV)	☐	☐
		16. Ist es hierbei immer unter Ihrer Aufsicht?	☐	☐
		17. Begrenzen Sie den Medienkonsum Ihres Kindes auf ca. maximal 30 Minuten pro Tag?	☐	☐

U8

46. – 48. LEBENSMONAT

Praxisstempel

Foto: Picture-Factory - Fotolia



Schwerpunkte:

Individuations-,
Sozialisations-,
Sprachentwicklung

Datum	Name des Kindes		Ja	Nein
		1. Kann Ihr Kind einen mehrteiligen Auftrag verstehen und ausführen (z. B. „Hole die Schuhe aus deinem Zimmer, ziehe sie an und komme mit nach draußen“)?	☐	☐
		2. Spielt Ihr Kind längere Zeit (ca. 15 Minuten) mit einem Spielzeug und betrachtet es längere Zeit interessiert Bilderbücher?	☐	☐
		3. Spielt Ihr Kind alltägliche Situationen nach? Führt es Rollenspiele aus?	☐	☐
		4. Kann es einfache Spielregeln einhalten?	☐	☐
		5. Steht es mind. 3 – 4 Sekunden auf einem Bein?	☐	☐
		6. Kann Ihr Kind freihändig im Wechselschritt eine Treppe aufwärts gehen?	☐	☐
		7. Zieht sich Ihr Kind alleine an und aus?	☐	☐
		8. Kann Ihr Kind Erlebtes wiedergeben und eine kleine Geschichte erzählen?	☐	☐
		9. Kann Ihr Kind sich in Gruppen (beispielsweise Kindergarten, Hort, Turngruppe) einfügen?	☐	☐
		10. Können Sie und Ihre Familie mit Trotzphasen Ihres Kindes umgehen?	☐	☐
		11. Schläft Ihr Kind im eigenen Bett?	☐	☐
		12. Kann Ihr Kind unter Aufsicht einhändig mit einer Schere schneiden?	☐	☐
		13. Gibt es in Ihrer Familie gemeinsame Mahlzeiten?	☐	☐
		14. Ist Ihr Kind sowohl tags als auch nachts trocken?	☐	☐
		15. Zeigt Ihr Kind Mitgefühl mit anderen? (z. B. Trösten anderer Kinder)	☐	☐
		16. Wird in Ihrer Familie regelmäßig vorgelesen?	☐	☐
		17. Begrenzen Sie den Medienkonsum Ihres Kindes auf ca. maximal 30 Minuten pro Tag?	☐	☐

U9

60. – 64. LEBENSMONAT

Praxisstempel

Foto: Weekend Images Inc. - iStock



Schwerpunkte:

Individuations-,
Sozialisations-,
Sprachentwicklung,
kognitive Fähigkeit vor
Einschulung, neuro-
motorische Entwicklung

Datum

Name des Kindes

	Ja	Nein
1. Kann Ihr Kind ohne Stützräder Fahrradfahren?	☐	☐
2. Spielt Ihr Kind Rollenspiele? (So-tun-als-ob-Spiele)	☐	☐
3. Kann Ihr Kind einfache Spielregeln einhalten und auch mal verlieren?	☐	☐
4. Ist Ihr Kind beim Spiel im Vergleich ähnlich geschickt wie gleichaltrige Kinder?	☐	☐
5. Spricht Ihr Kind richtig und auch für Fremde verständlich?	☐	☐
6. Hat ihr Kind Freunde/Freundinnen?	☐	☐
7. Kann Ihr Kind mit Verboten umgehen und Grenzen einhalten?	☐	☐
8. Kann Ihr Kind kleinere Aufträge (z. B. im Haushalt) erfüllen?	☐	☐
9. Ist Ihr Kind sowohl tags als auch nachts trocken?	☐	☐
10. Kann Ihr Kind sich für längere Zeit von Bezugspersonen trennen?	☐	☐
11. Fühlt sich Ihr Kind im Kindergarten wohl?	☐	☐
12. Hat Ihr Kind ein gutes Verhältnis zu beiden Elternteilen?	☐	☐
13. Malt Ihr Kind Figuren mit Kopf und Fuß?	☐	☐
14. Hat Ihr Kind regelmäßig Kontakt zu anderen Familienmitgliedern? (Großeltern, Tanten, Onkel etc.)	☐	☐
15. Begrenzen Sie den Umgang mit Fernsehen, PC auf ca. maximal 30 Minuten?	☐	☐

Praxisstempel



Foto: Andrey Kiselev - Fotolia

Schwerpunkte:

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

Datum

Name des Kindes

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

U11

9. – 10. LEBENSJAHR

Praxisstempel

Foto: Valua Vitaly - iStock



Schwerpunkte:

Schulleistungsstörungen, präpubertäre/pubertäre Problematik, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Medienverhalten; Bewegungsverhalten

Datum	Name des Kindes		Ja	Nein
		1. Schläft Ihr Kind gut?	☐	☐
		2. Hat Ihr Kind einen normalen Appetit?	☐	☐
		3. Treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?	☐	☐
		4. Geht Ihr Kind gern in die Schule?	☐	☐
		5. Kann Ihr Kind sich gut konzentrieren?	☐	☐
		6. Werden Hausaufgaben im Wesentlichen selbst ständig gemacht?	☐	☐
		7. Lernt Ihr Kind mit Freude?	☐	☐
		8. Hat Ihr Kind Freunde?	☐	☐
		9. Ist Ihr Kind in der Familie gut integriert?	☐	☐
		10. Zeigt Ihr Kind in der Schule und in anderen Gruppensituationen ein normales Sozialverhalten?	☐	☐
		11. Folgt Ihr Kind meistens den in der Familie aufgestellten Regeln?	☐	☐
		12. Hält sich Ihr Kind an die von Ihnen bestimmten Regeln bezüglich des Medienkonsums (Handy, Fernsehen, Computer)?	☐	☐
		13. Übernimmt Ihr Kind regelmäßig kleine Pflichten im Haushalt?	☐	☐
		14. Kann sich Ihr Kind selbst beschäftigen?	☐	☐
		15. Ist Ihr Kind in der Regel ausgeglichen und fröhlich?	☐	☐

J1

13. – 15. LEBENSJAHR

Praxisstempel

Foto: Olesya Tseytlin - iStock



Schwerpunkte:

Pubertäre Entwicklung sowie Krankheiten, die die geistige und körperliche Entwicklung in nicht geringfügigem Maß gefährden

Datum

Name des Kindes

	Ja	Nein
1. Ich habe selten oder nie Kopfschmerzen.	☐	☐
2. Ich mache mir eigentlich keine Sorgen um meine Gesundheit.	☐	☐
3. Ich kann meistens gut schlafen.	☐	☐
4. Ich bin wenig wählerisch beim Essen.	☐	☐
5. Ich bin mit meiner Figur/meinem Körper zufrieden.	☐	☐
6. Ich verstehe mich mit meinen Eltern meistens gut.	☐	☐
7. Ich verstehe mich mit meinen Geschwistern meistens gut.	☐	☐
8. Ich gehe regelmäßig und meistens ganz gern zur Schule.	☐	☐
9. Ich komme in der Schule gut klar.	☐	☐
10. Ich kann mich gut konzentrieren und lernen.	☐	☐
11. Ich habe guten Kontakt zu anderen Jugendlichen.	☐	☐
12. Ich habe einige langjährige Freundschaften.	☐	☐
13. Ich schaue meist unbesorgt in die Zukunft.	☐	☐
14. Ich bin oft und unbegründet über Tage traurig.	☐	☐
15. Ich mache regelmäßig Sport in der Schule und	☐	☐
16. Ich habe Hobbies, denen ich in meiner Freizeit nachgehe.	☐	☐
17. Ich beschäftige mich regelmäßig mit Computer, Fernsehen, Handy; ca. _____ Std/Tag	☐	☐
18. In meiner Freizeit bin ich sportlich aktiv.	☐	☐
19. Rauchst du, trinkst du Alkohol oder nimmst du Drogen?	☐	☐

Wende dich gerne an die Ärztin/den Arzt oder das Praxisteam, wenn du Fragen und Antworten besprechen möchtest. Genau dafür sind die Fragebögen gemacht.

Praxisstempel



Foto: Yobro10 - iStock

Schwerpunkte:

Pubertäts- und Sexualstörungen, Haltungsprobleme, Schilddrüsenfunktion, Gewichtsentwicklung, Sozialisations- und Verhaltensstörung, Suchtberatung, Berufswahlberatung

Datum

Name des Kindes

	Ja	Nein
1. Ich habe selten oder nie Kopfschmerzen	☐	☐
2. Ich mache mir eigentlich keine Sorgen um meine Gesundheit.	☐	☐
3. Ich kann meistens gut schlafen.	☐	☐
4. Ich bin wenig wählerisch beim Essen.	☐	☐
5. Ich bin mit meiner Figur/meinem Körper zufrieden.	☐	☐
6. Ich verstehe mich mit meinen Eltern meistens gut.	☐	☐
7. Ich verstehe mich mit meinen Geschwistern meistens gut.	☐	☐
8. Ich gehe regelmäßig und meistens ganz gern zur Schule.	☐	☐
9. Ich komme in der Schule gut klar.	☐	☐
10. Ich habe guten Kontakt zu anderen Jugendlichen.	☐	☐
11. Ich habe einige langjährige Freundschaften.	☐	☐
12. Ich schaue meist unbesorgt in die Zukunft.	☐	☐
13. Ich bin oft und unbegründet über Tage traurig gestimmt.	☐	☐
14. Ich mache regelmäßig Sport in der Schule.	☐	☐
15. In meiner Freizeit bin ich sportlich aktiv.	☐	☐
16. Ich habe Hobbies, denen ich in meiner Freizeit nachgehe.	☐	☐
17. Ich beschäftige mich regelmäßig mit Computer, Fernsehen, Handy; ca. _____ Std/Tag	☐	☐
18. Ich habe Pläne und Ideen bezüglich meiner beruflichen Zukunft.	☐	☐
19. Über die Frage der Verhütung und/oder Schutz vor AIDS habe ich mich bereits ausreichend informiert.	☐	☐
20. Rauchst du, trinkst du Alkohol oder nimmst du Drogen?	☐	☐

Wende dich gerne an die Ärztin/den Arzt oder das Praxisteam, wenn du Fragen und Antworten besprechen möchtest. Genau dafür sind die Fragebögen gemacht.