

Fragebogen zu Grenzsteinen der Entwicklung im Alter von 5 Jahren

Familienname: _____ **Vorname:** _____
geboren am: _____ **Geschlecht:** weiblich männlich

Mein Kind kann im Wechselschritt Treppen vorwärts rauf und
runter steigen, ohne sich am Geländer festzuhalten ja nein

Mein Kind hüpfst sicher mit beiden Beinen gleichzeitig eine kurze
Strecke (30-50 cm) nach vorne, ja nein

es kann dabei das Gleichgewicht gut halten ja nein

Mein Kind kann 10 Sekunden auf einem Bein stehen ja nein

Mein Kind kann 10 mal auf einem Bein hüpfen ja nein

Mein Kind kann größere Bälle (z.B. einen Fußball) werfen ja nein

und aus etwa 2m Entfernung mit den Händen und dem Körper
fangen ja nein

Mein Kind kann Gegenstände genauer malen
(z.B. ein Haus, Baum, Männchen oder Auto) ja nein

und mir diese erklären ja nein

Mein Kind malt ein Malbuch einigermaßen genau aus ja nein

Mein Kind kann kleben und einfache Dinge basteln ja nein

Mein Kind kann mit der Kinderschere an einer geraden Linie
entlang schneiden ja nein

Mein Kind erkennt die Farben Rot, Gelb, Grün, Blau, Schwarz
und Weiß ja nein

Mein Kind erzählt Ereignisse und Geschichten in richtiger zeitlicher und logischer Reihenfolge ja nein

Es benutzt dabei einfache, jedoch korrekte Sätze ja nein

Mein Kind spricht alle Buchstaben richtig aus (Bitte hier auch „ja“ ankreuzen, wenn Ihr Kind nur „S“ nicht richtig ausspricht / lispelt) ja nein

Mein Kind zieht sich alleine an ja nein

Mein Kind hört beim Vorlesen genau zu ja nein

Mein Kind baut erkennbare Häuser, Autos, Flugzeuge, usw. aus Lego, Duplo, oder anderen Bauelementen mit oder ohne Vorlage ja nein

Mein Kind spielt mit anderen Kindern Rollenspiele (z.B. Räuber und Polizist) ja nein

Mein Kind versteht Spielregeln und dass beim Spielen auch Andere an der Reihe sind ja nein

Mein Kind stellt sich automatisch von selbst und ohne zu zögern in eine Reihe (z.B. an der Rutschbahn) ja nein

Mein Kind ist bereit zu teilen ja nein

Mein Kind lädt andere Kinder zu sich ein und wird auch eingeladen ja nein

Mannheimer Elternfragebogen MEF für Vorschulkinder

Name des Kindes: _____ Alter: _____ ausgefüllt von: _____

ANLEITUNG ZUM AUSFÜLLEN

Kreuzen Sie bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Ihrem Kind in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. Machen Sie bitte nur ein Kreuz in jeder Zeile, und lassen Sie bitte keine Frage aus. Sollte Ihr Kind zur Zeit Medikamente erhalten, die sein Verhalten verändern, beantworten Sie bitte die Fragen so wie sich Ihr Kind verhält, wenn es keine Medikamente erhält.

Mein Kind	Stimmt	Stimmt nicht
1 kann mindestens dreimal pro Woche schlecht einschlafen (liegt mehr als eine Stunde wach)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 wacht mindestens einmal pro Nacht auf und liegt dann mindestens eine Stunde wach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 schläft nachts mit im Elternbett, obwohl wir das nicht gern sehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 hat meistens nur wenig Appetit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ist untergewichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ist extrem wählerisch beim Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 klagt bei Aufregung häufig über Bauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kann wegen dieser Bauchschmerzen nicht wie sonst spielen oder seine Freunde besuchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 klagt mehrmals pro Woche über Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kann wegen seiner Kopfschmerzen nicht wie sonst spielen oder seine Freunde besuchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 hat Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 hat Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 hat Heuschnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 stottert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 nässt mindest einmal pro Woche ein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 kotet mindestens einmal pro Woche ein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 hat manchmal nervöse Zuckungen (z. B. Blinzeltic, Zwinkertic, Räuspertic)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 kaut Fingernägel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dabei kommt es häufig zu blutenden Verletzungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 kann sich sehr schlecht von der Mutter trennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
deswegen kommt es auch im Kindergarten zu Problemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 hat panische Angst vor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vor fremden Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vor Blitz, Donner, Dunkelheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 ist mehrmals im Monat traurig, weinerlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 ist zu Hause beim Spielen leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ist im Kindergarten sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 ist zu Hause (z.B. beim Essen) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ist im Kindergarten sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20	ist beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	0	0
	rennt ohne zu schauen auf die Straße	0	0
	scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen	0	0
21	hat täglich einen Wutanfall	0	0
22	ist zu Hause ständig ungehorsam	0	0
	ist im Kindergarten häufig ungehorsam	0	0
23	hat Spaß daran Dinge, die ihm nicht gehören, zu zerstören	0	0
	quält manchmal Tiere	0	0
24	prügelt sich häufig mit anderen Kindern	0	0
	dabei kommt es auch häufiger zu blauen Flecken und kleineren Verletzungen	0	0
25	hat Angst vor fremden Erwachsenen	0	0
26	hat Angst vor fremden gleichaltrigen Kindern	0	0
	nimmt auf dem Spielplatz zu fremden Kindern keinen Kontakt auf	0	0
27	geht schon nach kurzer Zeit mit fremden Personen überall hin mit	0	0
28	weigert sich oft mit fremden Erwachsenen zu sprechen, auch wenn es etwas gefragt wird	0	0
		0	0
29	sucht bei seinen Eltern keinen Trost, wenn es sich wehgetan hat	0	0
	kommt nicht zu seinen Eltern, wenn es Angst hat	0	0
30	ist noch sehr unselbständig, kann sich schlecht selbst beschäftigen	0	0
	hängt am Rockzipfel der Mutter, will nichts alleine machen	0	0
31	wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmuse	0	0
	reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird	0	0
32	ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht)	0	0
	ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich	0	0
33	streitet sich jeden Tag mit seinen Geschwistern	0	0
	kann mit seinen Geschwistern nicht friedlich zusammen spielen	0	0
	ist in höchstem Maße eifersüchtig auf seine Geschwister	0	0

Elternfragebogen

Liebe Eltern,

bitte füllen Sie den Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung aus. Dies hilft uns auf bestehende Probleme besser einzugehen. Vielen Dank!

Name des Kindes: _____

Geburstadtum: _____

Entwicklung	
Was gefällt Ihnen besonders gut an Ihrem Kind?	
Gibt es etwas, das Ihnen Sorgen macht?	
Wurde bei Ihrem Kind in den letzten 12 Monaten eine Fördermaßnahme durchgeführt? (z. B. Logo/Ergo/KG)	
Geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten?	
In welchen Kindergarten geht es?	
Bestehen gute Beziehungen zu den Erzieherinnen/ Erziehern?	
Erkrankungen des Kindes	
Gab es in den letzten 12 Monaten Erkrankungen und/oder Operationen?	
Haben Sie den Verdacht auf eine Allergie, z. B. vermehrtes Husten bei Anstrengung oder vermehrtes Niesen/Augenjucken?	
Gibt es Probleme mit den Augen?	
Augenarzt? Wenn ja, wann zuletzt?	
Gibt es Probleme mit den Ohren/mit dem Hören?	
HNO-Arzt? Wenn ja, wann zuletzt?	
Familie und Umfeld	
Wer lebt als Familie zusammen?	
Hat sich die Zusammensetzung der Familie geändert?	
Sind alle Familienmitglieder gesund?	
Wer steht Ihnen zur Seite, wenn es mal Probleme gibt?	
Haben Sie in den letzten 12 Monaten Unterstützung durch die Kinder- und Jugendhilfe erhalten?	
Benötigen Sie Unterstützung? Wenn ja, sprechen Sie uns gerne an!	
Gibt es besondere Erziehungsschwierigkeiten?	
Gibt es anderen Belastungen in der Familie?	
Allgemeines	
Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit dem Tablet/PC/Fernseher/Handy/Spielekonsole?	
Bemerkungen/Fragen:	

Ausgefüllt von: _____

Datum: _____