

Name:.....Geb. Datum:.....

Datum der Untersuchung:.....

### 7 – 8 Jahre – U10

	Ja	Nein
<b>Ernährung/Verdauung:</b>		
Isst Ihr Kind eine normale Mischkost (mit Gemüse, Obst, Fleisch, Fisch)?	0	0
Stuhlgang regelmäßig, keine Verstopfung oder Durchfälle? Probleme beim Wasserlassen?	0	0
<b>Zahngesundheit:</b>		
Putzt Ihr Kind 2x am Tag seine Zähne mit fluoridhaltiger Zahnpasta?	0	0
Regelmäßiger Zahnarztbesuch?	0	0
<b>Schule/Hobbies:</b>		
Welche Klasse, welche Schule besucht Ihr Kind?.....		
Geht Ihr Kind gerne in die Schule?	0	0
Gibt es Probleme in der Schule?	0	0
Wenn ja: welche und mit wem?.....		
Gibt es Probleme bei den Hausaufgaben?	0	0
Wie viel Zeit wird pro Tag für Medien genutzt (TV, Tabletspiele, Handy)?.....Std.		
Welche Hobbies hat Ihr Kind?.....		
Hat es Freunde?	0	0
Wird Ihr Kind in der Schule gemobbt?	0	0
<b>Hören/Sprechen/Sehen:</b>		
Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Kind gut hört?	0	0
Gibt es Probleme mit der Aussprache?	0	0
Hat Ihr Kind Probleme beim Sehen, z.B. an die Tafel oder beim Schreiben im Heft?	0	0
Waren Sie mit Ihrem Kind in den letzten beiden Jahren beim Augenarzt?	0	0
<b>Allergien:</b>		
Gibt es Anhalt auf eine allergische Erkrankung (Asthma, Bronchitis, Neurodermitis)?	0	0
<b>Familiäre Situation:</b>		
Ist Ihre familiäre Situation stabil?	0	0
Gab es eine grundlegende Veränderung in der Familiensituation? Wenn ja: welche?.....	0	0
Sind Sie zufrieden mit der Entwicklung Ihres Kindes?	0	0
Das allgemeine Befinden Ihres Kindes ist gut?	0	0