

Elternfragebogen: Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes (Kindergarten)

Dieser Elternfragebogen wird empfohlen vor der Untersuchung bei Ihrer Kinder- oder Hausärztin beziehungsweise Ihrem Kinder- oder Hausarzt auszufüllen. Er dient dem Einstieg in das ärztliche Gespräch und unterstützt die rasche Erfassung des Gesundheitszustandes.
Die Beantwortung dieses Elternfragebogens ist freiwillig und alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Vielen herzlichen Dank für das Ausfüllen!

Angaben des zu untersuchenden Kindes

Geschlecht weiblich männlich

Geburtsjahr

Wohngemeinde

Grösse in cm

Gewicht in kg

1. Bitte geben Sie an, ob Ihr Kind an folgenden Beschwerden leidet oder häufig gelitten hat:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien/Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Hautleiden | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Herz- und Kreislaufleiden | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Lungenleiden | <input type="checkbox"/> Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Traurigkeit |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Windpocken durchgemacht |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Wutausbrüche |
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Nervosität | |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | |

Andere:

2. Muss Ihr Kind regelmässig Medikamente einnehmen?

nein ja

Falls ja, welche?

3. Besucht Ihr Kind Therapien auf privater Basis oder im Rahmen des Kindergartens / der Schule?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schulische Heilpädagogin | <input type="checkbox"/> Logopädie |
| <input type="checkbox"/> Psychomotoriktherapie | <input type="checkbox"/> Kontakt mit dem Schulpsychologischen Dienst SPD |

Andere:

4. War Ihr Kind vor dem Kindergarten in einer Spielgruppe oder in einer Kinderkrippe?

- nein ja

5. Isst Ihr Kind regelmässig (an Schultagen)?

- Frühstück Znüni Mittagessen
 Zvieri Abendessen

6. Wie oft trinkt Ihr Kind Süssgetränke (Cola, Ice-Tea, Fruchtsaft usw.)

- mehrmals täglich einmal täglich mehrmals pro Woche selten nie

7. Wie geht Ihr Kind in der Regel zum Kindergarten / zur Schule?

- zu Fuss und / oder mit dem Velo etc. mit dem Bus, wird gefahren

8. A) Zusätzlich zum obligatorischen Schulsport, wieviele Stunden Sport treibt ihr Kind pro Woche?

Stunden pro Woche

8. B) Wieviele Stunden spielt ihr Kind im Freien pro Woche?

Stunden pro Woche

9. A) Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind durchschnittlich pro Tag mit Fernsehen?

Stunden pro Tag

Minuten pro Tag

9. B) Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind durchschnittlich pro Tag mit dem Handy, Computer, Tablet, etc.?

Stunden pro Tag

Minuten pro Tag