

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Mannheimer Elternfragebogen MEF zur U11

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, setzen Sie die Kreuze nur in die Kästchen, nicht in die Zwischenräume 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. hat Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. leidet unter asthmatischen Beschwerden/chronischer Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. will bei jeder „Kleinigkeit“ den Arzt aufsuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. hat manchmal nervöse Zuckungen (z.B. Blinzel-, Zwinker-, Räuspertic)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. weigert sich meistens auch tagsüber, bei Freunden/Verwandten zu bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. schläft nachts mit im Elternbett, obwohl ich das nicht gern sehe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. kann schlecht einschlafen (d.h. liegt mehr als eine Stunde wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. wacht häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen (liegt mindestens eine Stunde wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. stottert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. lispelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. hat mindestens 2x im letzten 1/2 Jahr das Bett oder die Hose nass gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. hat im letzten halben Jahr mindestens einmal eingekotet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. hat meistens nur wenig Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ist extrem wählerisch beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. hat ständig Angst, zu dick zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. hat wegen seines Essverhaltens mind. 7 kg abgenommen u. ist untergewichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. hat mindestens 10 kg Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. wird wegen seines Übergewichts gehänselt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ist die meiste Zeit aufsässig und ungehorsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ist aufsässiger und ungehorsamer als andere Kinder seines Alters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. wurde wegen seines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder Landheimaufenthalt ausgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. schwänzt manchmal die Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. hat starke Angst davor, zur Schule zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. streitet sich fast jeden Tag mit seinen Geschwistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. dabei kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien oder Drohungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. wird von anderen Kindern häufig geärgert, gehänselt, verprügelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. hat Angst vor anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. hat überhaupt keinen Kontakt zu Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mannheimer Elternfragebogen MEF zur U11

Name/Vorname des Versicherten: _____

Mein Kind...	stimmt	stimmt nicht
30. prügelt sich häufig mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. dabei ist es auch schon mal zu ernsthaften Verletzungen gekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. wechselt häufig seine Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ist in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ist bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ist bei Regelspielen (Karten-/Brettspiele) sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ist in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ist bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ist bei Regelspielen (Karten-/Brettspiele) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ist im Straßenverkehr sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. ist draußen beim Spielen sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. ist beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause sehr unüberlegt und vorschnell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. hat täglich einen Wutanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. ist überängstlich, macht sich viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben), wird dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. hat panische Angst vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. hat panische Angst alleine zuhause zu bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. hat panische Angst vor fremden Menschen (z.B. bei einer Einladung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. hat panische Angst vor Blitz, Donner oder Dunkelheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. hat panische Angst vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. ist übertrieben ordentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. wäscht sich oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. kontrolliert bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. kaut oder reißt so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise frei liegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. weigert sich oft mit fremden Erwachsenen zu sprechen, auch wenn es etwas gefragt wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. ist mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. war mindestens 2 Wochen traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. hat schon einmal ernsthaft gesagt, dass es sich umbringen will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. hat schon gelegentlich geraucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. hat schon hin und wieder Alkohol getrunken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. macht uns Probleme, weil es so oft lügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. hat zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres (Wert größer 30 Euro) gestohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. hat schon mindestens fünfmal weniger wertvolle Dinge entwendet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. hat schon einmal mit Absicht Dinge, die ihm nicht gehören, zerstört/beschädigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. dabei ist ein Schaden von mindestens 30 Euro entstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. ist schon von zu Hause weggelaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. zeigt folgende, oben nicht genannte, auffällige Verhaltensweisen		

bitte zusätzliches Blatt benutzen!

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Gesundheits-Check bei U11 – 9 bis 10 Jahre

(ab 9. Geburtstag – 1. Tag vor dem 11. Geburtstag Toleranz)

m w Geburtsjahr:

Körpergewicht g > 90.P. < 3.P. WDE

Körperlänge cm > 97.P. < 3.P. WDE

Körper-Masse-Index > 97.P. < 3.P. WDE

Genitale Entwicklung Jungen: PH: 1 2 3 4 5

Genitale Entwicklung Mädchen: G: 1 2 3 4 5

PH: 1 2 3 4 5

B: 1 2 3 4 5

Sind die Eltern mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden ja nein

Sehen und/oder Farbsehen auffällig ja nd WDE

Hörprüfung auffällig ja nd WDE

RR erhöht ja nd WDE

Urin auffällig ja nd WDE

Zähne/Kiefer auffällig ja WDE

IgE-spezifische Allergie nachgewiesen ja WDE

Asthma bronchiale ja WDE

Rhinokonjunktivitis allergica ja WDE

Endogenes Ekzem vorhanden ja WDE

Mundatmung/Schnarchen ja WDE

Angeborene Erkrankungen ja WDE

Körperliche Untersuchung auffällig ja WDE

Umschriebene Entwicklungsstörungen ja WDE

Verhalten auffällig ja WDE

Emotionale Kompetenz auffällig ja WDE

Ärztliche Bemerkungen

Fragen an die Eltern:

Elternfragebogen auffällig ja nd WDE

Schilddrüsenerkrankungen in der Familie ja WDE

Schulleistungsprobleme ja

Besuch Grundschule ja

Besuch Sonder-/Förderschule ja

Besuch Behinderten-/Rehainrichtung ja

Verdacht auf Sprachentwicklungsstörung ja

Verdacht auf Lese-Rechtschreibschwäche ja

Verdacht auf Rechenschwäche ja

Verdacht auf ADHS ja

Alleinerziehung ja

Geschwisteranzahl

Std. körp. Aktivität pro Tag <= 1-3 >3

Stunden vor dem Fernseher/PC pro Tag <= 1-3 >3

Die Untersuchung ergab ein
altersgemäß entwickeltes Kind

Datum der Untersuchung

Altersmäßiger Impfstatus lt. STIKO-Empfehlung

vollständig

keine Impfung

nd = nicht durchgeführt

WDE = weitere Diagnostik erforderlich