



Name des Kindes: _____ Geb.: _____

Gesundheits-Check U10

Impfstatus nach STIKO: vollständig unvollständig Folgendes Fehlt: _____

Farbsehtest: unauffällig auffällig

Urinbefund: _____ RR: _____ / _____

Gewicht: _____ Größe: _____ BMI: _____ KU: _____

Genitale Entwicklung:

Jungen: PH: 1 2 3 4 5 Mädchen: PH: 1 2 3 4 5

G: 1 2 3 4 5 B: 1 2 3 4 5

Sind die Eltern mit der Entwicklung des Kindes zufrieden? ja nein

Ärztlicher Befund:

- Sehen & / oder Farbsehen auffällig ja nein
- Hörprüfung auffällig ja nein
- RR erhöht ja nein
- Urin auffällig ja nein
- Zähne / Kiefer auffällig ja nein
- Allergie nachgewiesen ja _____ nein
- Asthma bronchiale ja nein
- Endogenes Ekzem vorhanden ja nein
- Mundatmung / Schnarchen ja nein
- Angeborene Erkrankung ja nein
- Körperliche Untersuchung auffällig ja nein
- Umschriebene Entwicklungsstörung ja nein
- Verhaltensauffälligkeiten ja nein
- Emotionale Kompetenz auffällig ja nein

Fragen an die Eltern:

- Elternfragebogen auffällig ja nein
- Schilddrüsenerkrankung i.d. Familie ja nein
- Schulleistungsprobleme ja nein
- Besuch Grundschule ja nein
- Besuch Förder- / Sonderschule ja nein
- Besuch Behinderteneinrichtung ja nein
- V.a. Sprachentwicklungsstörung ja nein
- V.a. Lese-Rechtschreibschwäche ja nein
- V.a. Rechenschwäche ja nein
- V.a. ADHS ja nein
- Alleinerziehung ja nein
- Geschwister i.d. Familie _____
- Std. körperliche Aktivität pro Tag _____
- Std. vor dem TV / PC pro Tag _____

Die Untersuchung ergab ein gesundes und altersgemäß entwickeltes Kind ja nein

Bemerkung _____