U11

9. – 10. LEBENSJAHR

Praxisstempel

Foto: Valua Vitaly - iStock

Schwerpunkte:
Schulleistungsstörungen, präpubertäre/pubertäre Problematik, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Medienverhalten; Bewegungsverhalten

Datum _____ **Name des Kindes** _____

	Ja	Nein
1. Schläft Ihr Kind gut?	○	○
2. Hat Ihr Kind einen normalen Appetit?	○	○
3. Treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?	○	○
4. Geht Ihr Kind gern in die Schule?	○	○
5. Kann Ihr Kind sich gut konzentrieren?	○	○
6. Werden Hausaufgaben im Wesentlichen selbst ständig gemacht?	○	○
7. Lernt Ihr Kind mit Freude?	○	○
8. Hat Ihr Kind Freunde?	○	○
9. Ist Ihr Kind in der Familie gut integriert?	○	○
10. Zeigt Ihr Kind in der Schule und in anderen Gruppensituationen ein normales Sozialverhalten?	○	○
11. Folgt Ihr Kind meistens den in der Familie aufgestellten Regeln?	○	○
12. Hält sich Ihr Kind an die von Ihnen bestimmten Regeln bezüglich des Medienkonsums (Handy, Fernsehen, Computer)?	○	○
13. Übernimmt Ihr Kind regelmäßig kleine Pflichten im Haushalt?	○	○
14. Kann sich Ihr Kind selbst beschäftigen?	○	○
15. Ist Ihr Kind in der Regel ausgeglichen und fröhlich?	○	○

Kopiervorlage für den Hausarzt aus Sonderheft Der Hausarzt 2017, © mm medizin + medien Verlag GmbH