

U10

Name des Kindes:

Geburtstag:

Datum:

	Ja	Nein
Mein Kind:		
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 / chronischen 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-, Räusperic)	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. stottert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. lispelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. hat mind. 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 wg. seines Essverhaltens mind. 7 kg abgenommen/ist untergewichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. hat mind. 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 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"/>
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 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 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"/> |
| Mein Kind hat panische Angst ... | | |
| 44. - vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. - alleine zuhause zu bleiben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. - vor fremden Menschen (z.B. bei einer Einladung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. - vor Blitz, Donner oder Dunkelheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. - 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 | <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 zwei 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 €) 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 € 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: | | |

Allgemeine Informationen zum Impfen

Impfungen sind eine der wichtigsten Maßnahmen zum Schutz vor folgenschweren und ansteckenden Infektionskrankheiten. Dabei werden neben der geimpften Person selbst auch Mitmenschen geschützt, die aus verschiedenen Gründen (noch) nicht geimpft werden können oder durch schwere Erkrankungen zusätzlich anfällig sind.

Die heutigen modernen Impfstoffe sind dabei gut verträglich. Es zeigen sich meist nur leichte, kurz andauernde Nebenwirkungen in Form von Fieber, leichten Schmerzen oder Rötungen an den Impfstellen, sowie seltener Kopf- und Gliederschmerzen, Mattigkeit, Unwohlsein, Übelkeit oder Schwellung von Lymphknoten. Darüberhinausgehende, länger andauernde Beschwerden oder gravierende Komplikationen sind sehr selten.

Über die jeweils bei Ihrem Kind anstehenden, öffentlich und von uns empfohlenen Impfungen informieren wir Sie gerne und ausführlich bei den regelmäßigen Vorsorgeterminen. Selbstverständlich stehen wir Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Impfungen in Sachsen

Sachsen ist das einzige Bundesland mit einer eigenen Impfkommision (SIKO = Sächsische Impfkommision). Die Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision dienen dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) als Entscheidungsgrundlage für die öffentliche Empfehlung von Schutzimpfungen und anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe zum Schutze der Gesundheit nach § 20 Abs. 3 des Infektionsschutzgesetzes.

Die in Sachsen geltenden Impfempfehlungen unterscheiden sich von den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts mit der Ständigen Impfkommision (STIKO), die Impfempfehlungen für ganz Deutschland ausgeben. Dies betrifft häufig den Zeitpunkt der Impfungen (z.B. zweite Masern-Impfung), das generelle Impfschema oder auch generell den Erreger, gegen den geimpft wird (z.B. Grippe-Impfung, Meningokokken A, B, C, W, Y-Impfung).

In unserer Praxis führen wir alle Impfungen nur nach ausführlicher Aufklärung und im Einverständnis der Sorgeberechtigten durch. Gemeinsam mit Ihnen als sorgeberechtigte Personen entscheiden wir, nach welchem Impfplan wir vorgehen.

Voraussetzungen zum Impfen

1. Ihr Kind sollte 14 Tage fieberfrei und nicht akut schwer krank sein.
2. Bitte bringen Sie zum Impftermin immer den Impfausweis mit.
3. Jugendliche ab 16 Jahren dürfen selbständig zum Impfen erscheinen.

Impftermine

Bitte vereinbaren Sie einen Impftermin in unserer Sprechstunde.

Nützliche Links

[SIKO Impfkalender](#)

[STIKO Impfkalender](#)

<https://www.impfen-info.de/>

https://www.rki.de/DE/Home/homepage_node.html

<https://www.kinderaerzte-im-netz.de/startseite>

Einverständniserklärung zur Teilnahme am Recall – System

Angaben zum Kind
Name, Vorname(n): _____ Geboren am: _____ Anschrift Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Ort: _____

Angaben zu den Eltern
Mutter: Name, Vorname(n): _____ Geboren am: _____ Anschrift (falls abweichend von oben): Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Ort: _____ E-Mail-Adresse: _____ Handy-Nummer: _____ Vater: Name, Vorname(n): _____ Geboren am: _____ Anschrift (falls abweichend von oben): Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Ort: _____ E-Mail-Adresse: _____ Handy-Nummer: _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis für Kinder- und Jugendmedizin Dr. med. Linda Petersen und Michael Pommerenke mich schriftlich, telefonisch, per Email oder per SMS an sinnvolle und notwendige Termine erinnert.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Die Praxis für Kinder- und Jugendmedizin Dr. med. Linda Petersen und Michael Pommerenke setzt Sie hiermit davon in Kenntnis, dass durch den Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird.

Datum, Unterschrift Mutter

Datum, Unterschrift Vater