

U9

Name des Kindes:

Geburtstag:

Datum:

- | | Ja | Nein |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ihr Kind kann Fahrrad fahren (ohne Stützräder). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Es geht die Treppe im Wechselschritt (ohne Festhalten). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Es zieht sich allein an, Knöpfe werden geschlossen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Es baut erkennbare Häuser, Autos, Flugzeuge oder ähnliches. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Es benutzt Zeitbegriffe (morgens, mittags, abends, heute, morgen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Es kann Erlebnisse berichten oder Vorgelesenes nacherzählen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ist die Sprache Ihres Kindes für Personen verständlich, die nicht zur Familie gehören? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Es kann mit Messer und Gabel essen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Es kennt seine Adresse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Es schläft nachts durch. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Der Stuhlgang erfolgt auf der Toilette. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Tagsüber ist Ihr Kind trocken. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Nachts trägt es eine Windel. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Es besucht einen Kindergarten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Es spielt mit anderen Kindern Rollenspiele. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Es beteiligt sich an Regelspielen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Es hat zeitweilig einen besten Freund/Freundin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Es beachtet bekannte Ampeln. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Es kann seine Emotionen bei alltäglichen Ereignissen meist ausreichend regulieren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Es trennt sich ohne Schwierigkeiten über einige Stunden von ihnen, wenn es in dieser Zeit von einer bekannten Person betreut wird. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Es möchte in die Schule gehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Besucht Ihr Kind einen Kindergarten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Wenn ja, seit wann? | | |
| - Wieviele Stunden am Tag? | | |
| - Gibt es zu Ihrem Kind Anmerkungen von Erziehern? | | |

Machen Sie sich bezüglich der Entwicklung Ihres Kindes über etwas Sorgen?

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 Impfkalendar](#)

[STIKO Impfkalendar](#)

<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