



Fragebogen zur U7

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

ausgefüllt am:

von:

| Gab oder gibt es bei Ihrem Kind seit der U6... | nein | ja |
|--|------|----|
| schwerwiegende Erkrankungen, Operationen, Krampfanfälle? | | |
| ungewöhnlich schwere oder häufige Infektionen? | | |
| auffälliges Essverhalten? | | |
| auffällige Stühle, z.B. Verstopfung? | | |
| regelmäßiges Schnarchen? | | |
| Probleme beim Hören? | | |
| Probleme, verstanden zu werden? | | |
| Ihr Kind kann... | nein | ja |
| längere Zeit frei und sicher gehen? | | |
| drei Stufen im Kinderschritt hinuntergehen (hält sich mit der Hand fest)? | | |
| sich Kleidungsstücke ausziehen? | | |
| eine flache Spirale malen/kritzeln? | | |
| Eingewickelte Bonbons und andere Gegenstände auspacken? | | |
| in Einwortsprache sprechen, mindestens 10 richtige Worte neben „Mama“ und „Papa“? | | |
| einfache Aufforderung verstehen und befolgen? | | |
| durch Gesten (z.B. Kopfschütteln) und einfache Worte („nein“) ausdrücken, dass es etwas ablehnt oder eigene Vorstellungen hat? | | |
| auf drei benannte Körperteile zeigen oder blicken? | | |
| 3 Würfel stapeln? | | |
| im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände zeigen? | | |
| mit dem Löffel selber essen? | | |
| etwa 15 Min. alleine bleiben/spielen, wenn Mutter/Vater nicht im Zimmer, aber in der Nähe sind? | | |
| Interesse an anderen Kindern zeigen? | | |
| Versuchen, Sie als Mutter/Vater irgendwohin zu ziehen? | | |
| Wie ernähren Sie Ihr Kind? | | |
| Es isst vom Tisch mit. | | |
| Trinkt Milchflaschen, etwa /Tag. | | |
| Ihr Kind schläft gut? | | |
| Betreiben Sie Kariesprophylaxe durch regelmäßiges Zähneputzen (1-2 x/Tag) mit fluorhaltiger Zahnpasta? | | |
| Sind Sie zufrieden mit dem Verhalten und der Entwicklung Ihres Kindes? | | |
| Sind Sie zufrieden mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes? | | |
| Ist Ihr Kind teilweise in fremder Betreuung (Großeltern, Tagesmutter, Krippe)? | | |
| Sie sind als Familie ohne besondere Belastung (z.B. alleinerziehend)? | | |