



Fragebogen zur U9

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

ausgefüllt am:

von:

Gab oder gibt es bei Ihrem Kind seit der U8....	nein	ja
schwerwiegende Erkrankungen, Operationen, Krampfanfälle?		
ungewöhnlich schwere oder häufige Infektionen?		
auffälliges Essverhalten?		
regelmäßige Probleme wie Bauch- oder Kopfschmerzen?		
regelmäßiges Schnarchen?		
Probleme beim Hören?		
Probleme, verstanden zu werden?		
Ihr Kind kann....	nein	ja
ohne Stottern flüssig sprechen?		
ohne fehlerhafte Aussprache sprechen?		
Ereignisse und Geschichten in richtigem zeitlichen und logischen Ablauf wiedergeben		
Fahrrad fahren (ohne Stützräder)?		
sich selbst komplett an- und ausziehen?		
problemlos Treppen ohne Festhalten rauf- und runtergehen?		
einen Stift wie ein Erwachsener halten?		
mit einer Schere entlang einer Linie schneiden?		
mit Messer und Gabel essen?		
Gefühle bei alltäglichen Situationen selbst steuern und leichtere Enttäuschungen, Freude, Ängste, Stress gut tolerieren?		
mit gleichaltrigen Kindern Rollenspiele spielen und sich an Spielregeln halten?		
sich mit anderen Kindern beim Spielen abwechseln?		
sich von Ihnen für mehrere Stunden trennen?		
Ihr Kind schläft gut?		
Ihr Kind trägt Windeln: <input type="radio"/> tags, <input type="radio"/> nachts		
Sie sind als Familie ohne besondere Belastung (z.B. alleinerziehend)?		
Betreiben Sie Kariesprophylaxe durch regelmäßiges Zähneputzen (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?		
Geht Ihr Kind in den Kindergarten?		
Fernseh-/Tabletzeit pro Tag: <input type="radio"/> <1 Stunden, <input type="radio"/> 1-3 Stunden, <input type="radio"/> >3 Stunden?		