

Elternfragebogen zur U7

Name des Kindes: _____ ausgefüllt von: _____

Geburtsdatum: _____

Datum der Untersuchung: _____ Vorbereitung durch: _____

Kita: _____

(Sprachbogen zur U7)

| | ja | nein | sonstiges |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------|
| Welche Nahrung bekommt Ihr Kind? Kleinkinderkost? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ißt Ihr Kind selbstständig mit Löffel? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Trinkt Ihr Kind aus einer Tasse/Becher? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Gibt es Schwierigkeiten beim Essen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wird Ihr Kind nachts noch gefüttert? Flasche? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Bekommt Ihr Kind Medikamente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Gibt es Schlafprobleme? (Ein/Durchschlafp.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Schläft Ihr Kind im eigenen Bett? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Trägt Ihr Kind noch Windeln? Wann? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Geht Ihr Kind aufs Töpfchen/Toilette? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Setzt Ihr Kind regelmäßig Stuhlgang ab? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Zeigt Ihr Kind auffälliges Schreien? Bockphasen? Wut? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wann konnte Ihr Kind frei laufen? | | | |
| Klettert Ihr Kind? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Braucht Ihr Kind Hilfe beim Treppe steigen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Steigt Ihr Kind Treppe im Nachstellschritt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Steigt Ihr Kind Treppe im Wechselschritt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Fährt Ihr Kind Laufrad/Pucky/Bobbycar? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Schaut sich Ihr Kind Bücher an? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Kann sich Ihr Kind kurzzeitig alleine beschäftigen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Kann sich Ihr Kind selbst ausziehen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Kann Ihr Kind auf Körperteile zeigen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Kann Ihr Kind Tierbilder erkennen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Holt Ihr Kind Gegenstände nach Aufforderung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Spricht Ihr Kind in kleinen Sätzen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Kann Ihr Kind Bausteine stapeln? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Kennt Ihr Kind Grundfarben (rot,grün,blau,gelb)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Nimmt Ihr Kind mit anderen Kontakt auf? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Versteht es kleine Aufforderungen oder Verbote? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Gibt es Probleme im Kindergarten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Gibt es für Sie Auffälligkeiten bei Ihrem Kind? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Macht Ihnen etwas Sorgen? Was? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

Ihre Fragen/ergänzende Angaben: _____

