

Elternfragebogen zur U7a



Name des Kindes: _____ ausgefüllt von: _____

Geburtsdatum: _____

Datum der Untersuchung: _____ Vorbereitung durch: _____

Kita: _____

(Sprachbogen zur U7a)

	ja	nein	sonstiges
Welche Nahrung bekommt Ihr Kind? Kleinkinderkost?	☐	☐	
Ißt Ihr Kind selbstständig mit Löffel/Gabel/Messer?	☐	☐	
Trinkt Ihr Kind aus einer Tasse/Becher?	☐	☐	
Gibt es Schwierigkeiten beim Essen?	☐	☐	
Bekommt Ihr Kind nachts noch Flasche?	☐	☐	
Bekommt Ihr Kind Medikamente?	☐	☐	
Gibt es Schlafprobleme? (Ein/Durchschlafp.)	☐	☐	
Schläft Ihr Kind im eigenen Bett?	☐	☐	
Trägt Ihr Kind noch Windeln? Wann?	☐	☐	
Sagt Ihr Kind, dass es zur Toilette muss?	☐	☐	
Setzt Ihr Kind regelmäßig Stuhlgang ab?	☐	☐	
Putzt sich Ihr Kind die Zähne?	☐	☐	
Hilft Ihr Kind bei einfachen Haushaltstätigkeiten?	☐	☐	
Sagt es "Bitte" wenn es etwas möchte?	☐	☐	
Zeigt Ihr Kind auffälliges Schreien? Bockphasen? Wut?	☐	☐	
Klettert Ihr Kind?	☐	☐	
Steigt Ihr Kind Treppe im Wechselschritt?	☐	☐	
Fährt Ihr Kind Laufrad/Dreirad/Fahrrad?	☐	☐	
Spielt Ihr Kind mit anderen Kindern?	☐	☐	
Kann sich Ihr Kind kurzzeitig alleine beschäftigen?	☐	☐	
Kann sich Ihr Kind selbst an /ausziehen?	☐	☐	
Verwendet Ihr Kind die Mehrzahl?	☐	☐	
Sagt Ihr Kind seinen Vor/Nachnamen?	☐	☐	
Kennt Ihr Kind Zahlen bis 5? Zählt es sicher?	☐	☐	
Spricht Ihr Kind in Sätzen?	☐	☐	
Kann Ihr Kind Steckspiele spielen?	☐	☐	
Kennt Ihr Kind Grundfarben (rot,grün,blau,gelb)?	☐	☐	
Kann sich Ihr Kind leicht von der Mutter trennen?	☐	☐	
Befolgt Ihr Kind Regeln in einfachen Spielen?	☐	☐	
Gibt es Probleme im Kindergarten?	☐	☐	
Gibt es für Sie Auffälligkeiten bei Ihrem Kind?	☐	☐	
Macht Ihnen etwas Sorgen? Was?	☐	☐	

Ihre Fragen/ergänzende Angaben: _____

