

Elternfragebogen zur U8

Name des Kindes: _____ ausgefüllt von: _____

Geburtsdatum: _____

Datum der Untersuchung: _____ Vorbereitung durch: _____

Kita: _____

	ja	nein	sonstiges
Welche Nahrung bekommt Ihr Kind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gibt es Schwierigkeiten beim Essen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Kann sich Ihr Kind selbst ein Brot schmieren?	<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"/>	
Setzt Ihr Kind regelmäßig Stuhlgang ab?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Klagt Ihr Kind über Bauch-/Kopf-/Gelenkschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Kann sich Ihr Kind selbst an /ausziehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Putzt sich Ihr Kind die Zähne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bekommt Ihr Kind Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hilft Ihr Kind bei einfachen Haushaltstätigkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Fragt Ihr Kind Warum? Wieso? Woher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Zeigt Ihr Kind auffällige Bockphasen? Wut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bespielt Ihr Kind den Spielplatz(klettern,schaukeln,rutschen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Steigt Ihr Kind Treppe im Wechselschritt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Fährt Ihr Kind Dreirad/Fahrrad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Spielt Ihr Kind mit anderen Kindern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hat Ihr Kind feste Freunde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Spielt Ihr Kind Rollenspiele?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Kann Ihr Kind alleine Bausteine zusammenstecken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Spricht Ihr Kind von sich in der "Ich"Form?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Kann sich Ihr Kind kurzzeitig alleine beschäftigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Kennt Ihr Kind Zahlen bis 10? Zählt es sicher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Spricht Ihr Kind in Sätzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Malt, puzzelt, bastelt Ihr Kind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Kennt Ihr Kind Grund- und Mischfarben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Kann sich Ihr Kind leicht von Ihnen trennen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Befolgt Ihr Kind Regeln in einfachen Spielen?	<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: _____
