

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

## Fragebogen zur U6

Sehr geehrte, liebe Eltern, mit dem Ausfüllen des Fragebogens helfen Sie uns, mögliche Probleme und Beratungsschwerpunkte schnell zu erkennen. Danke für Ihre Unterstützung!

- Gabe es seit der letzten Vorstellung schwerere Erkrankungen, OPs, Unfälle?  ja  nein
- Wenn ja, welche?
- Wurden die Impfungen bisher gut vertragen?  ja  nein
- Gibt es Probleme beim Füttern/ Trinken?  ja  nein
- Wenn ja, welche Probleme?
- Gibt es Probleme beim Stuhlgang?  ja  nein
- Wenn ja, welche Probleme?
- Gibt es Probleme mit Einschlafen / Durchschlafen  ja  nein
- Wenn ja, welche Probleme gibt es?
- Äußert Ihr Kind gerne und häufig verständliche oder unverständliche Silben?  ja  nein
- Äußert Ihr Kind Doppelsilben wie Bababa, Mamama, Dadada?  ja  nein
- Versteht und befolgt Ihr Kind einfache Aufforderungen (wie: bring mir den Ball)?  ja  nein
- Kennt Ihr Kind seinen Namen und hört auf, wenn Sie es rufen?  ja  nein
- Verstärkt Ihr Kind sein Plappern, wenn Sie mit ihm sprechen?  ja  nein
- Hatten Sie schon einmal Sorge, Ihr Kind könne nicht hören?  ja  nein
- Schnarcht Ihr Kind nachts häufig?  ja  nein
- Freut sich Ihr Kind über andere Kinder?  ja  nein
- Winkt Ihr Kind zum Abschied?  ja  nein
- Kann Ihr Kind äußern, dass ihm etwas nicht passt, ärgert, wenn es etwas zeigen will...  ja  nein
- Zeigt Ihr Kind Interesse für sein eigenes Spiegelbild, winkt es ihm zu oder lacht es an?  ja  nein
- Spielt Ihr Kind gerne „Guckuck- Da“-Spiele?  ja  nein
- Versteht Ihr Kind, dass Sie planen, wegzugehen, wenn Sie Schuhe o. Jacke anziehen?  ja  nein
- Zeigt Ihr Kind Ärger oder Bedauern, wenn Sie es alleine lassen?  ja  nein
- Zeigt Ihr Kind mit dem Zeigefinger auf Dinge, die es Ihnen zeigen will?  ja  nein
- Spielt Ihr Kind gerne mit Ihnen, z.B. Ball hin- und herrollen?  ja  nein

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

- Bleibt Ihr Kind alleine sitzen, wenn Sie es hinsetzen?  ja  nein
- Kann Ihr Kind sich selbst hinsetzen?  ja  nein
- Sitzt Ihr Kind frei und kann sich sitzend mit Dingen in der Hand beschäftigen?  ja  nein
- Wie bewegt sich Ihr Kind von der Stelle?  
 Robben  Krabbeln  läuft Möbel entlang  läuft an einer Hand  läuft frei
  
- Untersucht Ihr Kind kleine Gegenstände mit den Händen?  ja  nein
- Ergreift Ihr Kind kleine Gegenstände zwischen Daumen und gestrecktem Zeigefinger?  ja  nein
  
- Erhält Ihr Kind weiterhin regelmäßig Vitamin D?  ja  nein  
Welches Präparat? \_\_\_\_\_
- Gibt es Probleme beim Zahneputzen?  ja  nein
  
- Gibt es weitere Themen / Fragen, die Sie bei der U6 ansprechen wollen?