

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? ☐ ja ☐ nein
- Wurden die Impfungen bisher gut vertragen? ☐ ja ☐ nein

- Gibt es Probleme beim Füttern/ Trinken? ☐ ja ☐ nein
- Wenn ja, welche Probleme? ☐ ja ☐ nein

- Gibt es Probleme beim Stuhlgang? ☐ ja ☐ nein
- Wenn ja, welche Probleme? ☐ ja ☐ nein

- Gibt es Probleme mit Einschlafen / Durchschlafen ☐ ja ☐ nein
- Wenn ja, welche Probleme gibt es? ☐ ja ☐ nein

- 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 Zähneputzen? ☐ ja ☐ **nein**

- Gibt es weitere Themen / Fragen, die Sie bei der U6 ansprechen wollen?