

Familienname: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Fragebogen zur U7

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
- Erhält Ihr Kind regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel? ☐ ja ☐ nein
- Wenn ja, welche:

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

- Wie ernähren Sie Ihr Kind?
- ☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ sonstige Kostform:

- 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?

- Wird Ihr Kind bereits regelmäßig durch andere Personen als die Eltern betreut? ☐ ja ☐ nein
- Wenn ja, durch wen?

- Schnarcht Ihr Kind nachts häufig? ☐ ja ☐ nein
- Hatten Sie schon einmal Sorge, dass Ihr Kind nicht richtig hört? ☐ ja ☐ nein
- Spricht Ihr Kind mindestens 10 richtige Worte außer Mama und Papa? ☐ ja ☐ nein
- Spricht Ihr Kind 2-Wort-Sätze wie z.B. „Mama da“? ☐ ja ☐ nein
- Versteht und befolgt Ihr Kind einfache Aufforderungen (wie: bring mir den Ball)? ☐ ja ☐ nein
- Interessiert sich Ihr Kind für Bilderbücher? ☐ ja ☐ nein
- Bleibt es für 5-10 Minuten sitzen, wenn Sie mit ihm ein Buch anschauen? ☐ ja ☐ nein

- Baut Ihr Kind gerne Türme mit Bauklötzen? ☐ ja ☐ nein
- Spielt Ihr Kind gerne und Ausdauernd Ein-und Ausräumen (Bauklötze, Legosteine...)? ☐ ja ☐ nein
- Kann Ihr Kind kleine Gegenstände, z.B. Bonbons ohne Hilfe selbst auspacken? ☐ ja ☐ nein
- Kritzelt Ihr Kind gerne mit dem Stift, der in der Faust gehalten wird? ☐ ja ☐ nein
- Kann Ihr Kind Seiten eines Pappbilderbuchs umblättern? ☐ ja ☐ nein
- Isst Ihr Kind selbständig mit dem Löffel (mit Kleckern) und trinkt es aus dem Becher? ☐ ja ☐ nein

Familienname: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

- Wie alt war Ihr Kind, als es frei laufen konnte?
- Kann Ihr Kind im Stehen Gegenstände vom Boden aufheben? ☐ ja ☐ **nein**
- Muss es sich dabei festhalten? ☐ ja ☐ nein
- Kann Ihr Kind die Treppe mit Festhalten an einer Hand hoch steigen? ☐ ja ☐ nein
- Geht Ihr Kind die Treppe vorwärts hinunter, wenn es sich festhalten kann? ☐ ja ☐ nein
- Hüpfte Ihr Kind die letzte Treppenstufe ohne Festhalten hinunter? ☐ ja ☐ nein
- Rennt Ihr Kind schnell und flüssig? ☐ ja ☐ nein
- Kann es beim Rennen Hindernissen ausweichen? ☐ ja ☐ nein
- Klettert Ihr Kind gerne auf Stühle, Klettergerüste...? ☐ ja ☐ nein
- Führt Ihr Kind schon ein Kinderfahrzeug?
☐ Bobbycar ☐ Laufrad ☐ sonstiges:
- Spielt Ihr Kind gerne neben anderen Kindern? ☐ ja ☐ **nein**
- Spielt Ihr Kind gelegentlich schon kurz mit einem anderen Kind? ☐ ja ☐ **nein**
- Testet Ihr Kind seine Grenzen aus? ☐ **ja** ☐ nein
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Kind sich mit seinen Emotionen schwer tut? ☐ **ja** ☐ nein
- Erhält Ihr Kind noch regelmäßig Vitamin D?
Welches Präparat? ☐ ja ☐ **nein**
- Gibt es Probleme beim Zähneputzen? ☐ ja ☐ **nein**
- Waren Sie bereits mit Ihrem Kind beim Zahnarzt? ☐ ja ☐ nein
- Gab es Auffälligkeiten, wenn ja welche? ☐ **ja** ☐ nein
- Waren Sie bereits mit Ihrem Kind beim Augenarzt? ☐ ja ☐ nein
- Gab es Auffälligkeiten, wenn ja welche? ☐ **ja** ☐ nein
- Gibt es weitere Themen / Fragen, die Sie bei der U7 ansprechen wollen?