

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 selbstständig 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
- Fährt 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?  ja  nein  
Welches Präparat?
  
- 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?