

Familienname: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Fragebogen zur U7A

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

- Gab 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/Vitamine? 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?
- Gibt es Probleme mit der Sauberkeitserziehung? ja nein
- Wenn ja, welche Probleme gibt es?
- Wird Ihr Kind 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 Sätze, die aus 3 bis 5 Wörtern bestehen (z.B. „Wo ist mein Hund“)? ja nein
- Verwendet Ihr Kind seinen Vornamen, wenn es von sich spricht? ja nein
- Interessiert sich Ihr Kind für Bilderbücher? ja nein
- Bleibt es ausdauernd sitzen, wenn Sie mit ihm ein Buch anschauen? ja nein

Familienname: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

- Baut Ihr Kind gerne Türme mit Bauklötzen? ja nein
- Kann Ihr Kind kleine Gegenstände, z.B. Bonbons ohne Hilfe selbst auspacken? ja nein
- Kann Ihr Kind Seiten eines Katalogs umblättern? ja nein
- Isst Ihr Kind selbstständig mit dem Löffel ohne viel zu kleckern? ja nein
- Gießt Ihr Kind Flüssigkeiten in einen Becher ohne zu verschütten? ja nein
- Trinkt Ihr Kind sicher aus Becher oder Glas ohne zu verschütten? ja nein

- Kann Ihr Kind die Treppe im Wechselschritt hoch steigen? ja nein
- Geht Ihr Kind sicher mit beiden Beinen von der letzten Treppenstufe hüpfen? ja nein
- Rennt Ihr Kind schnell und flüssig und kann auch plötzlich stoppen? ja nein
- Kann es beim Rennen Hindernissen ausweichen? ja nein
- Klettert Ihr Kind gerne auf Stühle, Klettergerüste...? ja nein
- Fährt Ihr Kind ein Kinderfahrzeug?
 Bobbycar Laufrad Fahrrad mit Stützen Roller Sonstige:

- Spielt und kommuniziert Ihr Kind gerne mit anderen Kindern? ja nein
- Spielt Ihr Kind gern „Als-ob-Spiele“ (z.B. Reiten auf Stock wie auf einem Pferd...)? ja nein
- Möchte Ihr Kind gerne im Haushalt mithelfen? ja nein
- Gelingt Ihrem Kind das An- und Ausziehen weitgehend selbst? ja nein
- Testet Ihr Kind seine Grenzen aus? ja nein
- Will Ihr Kind vieles „selber“ machen, Dinge alleine probieren? ja nein
- Kann sich Ihr Kind für ca. eine halbe Stunde alleine beschäftigen? ja nein
- Lässt sich Ihr Kind bei kleinen Schmerzen, Ärgernissen oder Kummer gut beruhigen? ja nein
- Kuschelt Ihr Kind gerne mit Ihnen? ja nein

- Erhält Ihr Kind noch regelmäßig Vitamin D? ja nein
Welches Präparat?

- Achten Sie auf die Verwendung von fluoriertem Speisesalz? 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 U7A ansprechen wollen?