

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 selbständig 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**
- Führt 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?
Welches Präparat? ☐ ja ☐ **nein**

- 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?