

Familienname: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Fragebogen zur U9

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?

- 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 mit der Sauberkeitserziehung? ☐ ja ☐ nein
- Wenn ja, welche Probleme?

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

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

- Schnarcht Ihr Kind nachts häufig? ☐ ja ☐ nein
- Hört Ihr Kind Geschichten, die Sie ihm Vorlesen aufmerksam und ausdauernd zu? ☐ ja ☐ nein
- Erzählt Ihr Kind von seinen Erlebnissen und erzählt es Geschichten nach? ☐ ja ☐ nein
- Spricht Ihr Kind grammatikalisch weitgehend korrekt? ☐ ja ☐ nein
- Stellt Ihr Kind viele Fragen und hat Interesse an Ihren Erklärungen? ☐ ja ☐ nein
- Kennt Ihr Kind die Farben? ☐ ja ☐ nein
- Spricht Ihr Kind alle Buchstaben richtig aus? ☐ ja ☐ nein

- Hält Ihr Kind den Stift richtig zwischen den ersten 3 Fingern? ☐ ja ☐ nein
- malt Ihr Kind Haus, Baum, Männchen, Auto genau und erkennbar? ☐ ja ☐ nein
- Hat Ihr Kind Freude am Malen und Basteln? ☐ ja ☐ nein
- Kann Ihr Kind sein Brot selbst schmieren? ☐ ja ☐ nein
- Isst Ihr Kind selbständig mit dem Löffel und Gabel? ☐ ja ☐ nein
- Gießt Ihr Kind Flüssigkeiten in einen Becher ohne zu verschütten? ☐ ja ☐ nein

Familienname: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

- Kann Ihr Kind die Treppe im Wechselschritt hoch und herunter steigen? ☐ ja ☐ nein
- Kann Ihr Kind beim Balancieren oder Klettern das Gleichgewicht gut halten? ☐ ja ☒ **nein**
- Führt Ihr Kind ein Kinderfahrzeug?
☐ Fahrrad mit Stützen ☐ Fahrrad ohne Stützen ☐ Roller ☐ Sonstige:
- Kann es mit dem Fahrzeug sicher lenken, bremsen und Hindernisse umfahren? ☐ ja ☐ nein
- Kann es beim Rennen Hindernissen ausweichen? ☐ ja ☐ nein
- Klettert Ihr Kind geschickt? ☐ ja ☐ nein

- Spielt und kommuniziert Ihr Kind gerne mit anderen Kindern? ☐ ja ☒ **nein**
- Spielt Ihr Kind gern und intensiv Rollenspiele (Polizei, Feuerwehr, Prinzessin...)? ☐ ja ☒ **nein**
- Hat Ihr Kind über eine gewisse Zeit einen besten Freund/eine beste Freundin? ☐ ja ☒ **nein**
- Wird Ihr Kind zu Kindergeburtstagen oder zum Spielen eingeladen und lädt selbst ein? ☐ ja ☒ **nein**
- Spielt Ihr Kind Brett- oder Kartenspiele und hält sich an die Regeln? ☐ ja ☐ nein
- Gelingt Ihrem Kind das An- und Ausziehen weitgehend selbst? ☐ ja ☒ **nein**
- Teilt Ihr Kind bereitwillig und gerecht mit anderen Kindern? ☐ ja ☒ **nein**
- Befolgt Ihr Kind Regeln (z.B. Anstellen in der Schlange, Stehenbleiben an der Ampel)? ☐ ja ☒ **nein**
- Kann Ihr Kind kurze Wege, die sicher und ihm bekannt sind, alleine zurücklegen? ☐ ja ☐ nein
- Kann sich Ihr Kind für ca. eine halbe Stunde alleine beschäftigen? ☐ ja ☒ **nein**
- Kann Ihr Kind seine Gefühle im Alltag gut kontrollieren? ☐ ja ☒ **nein**
- Trauen Sie ihrem Kind den Schulbesuch zum Einschulungstermin zu? ☐ 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 U9 ansprechen wollen?