

Eltern- Fragebogen zur U7a

Liebe Eltern!

Um uns besser auf die heutige Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes einstellen zu können, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen durch Ankreuzen zu beantworten. Zur Einschätzung der Sprachentwicklung erhalten Sie einen gesonderten Fragebogen. Für gezielte Fragen und Probleme Ihrerseits nutzen sie bitte die letzten Zeilen.

	Ja	Nein
1. Besucht Ihr Kind eine KiTa oder Tagesmutter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kann es sich gut von der Mutter u./o. dem Vater trennen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Spielt Ihr Kind mit anderen Kindern und kann sich in die Gruppe gut einordnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Spielt Ihr Kind „Als ob Spiele“ mit Puppen, Autos, Bausteinen über eine längere Zeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Isst Ihr Kind allein mit Löffel und Gabel und versucht sich ein Brot zu schmieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ist Ihr Kind beim Essen extrem wählerisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie Unverträglichkeiten gegenüber Nahrungsmitteln beobachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Benötigt Ihr Kind tagsüber eine Windel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gibt es Probleme beim Stuhlgang oder dem Wasserlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Zieht sich Ihr Kind allein an und aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Zeigt Ihr Kind Einschlaf-und/oder Durchschlafprobleme mindestens dreimal pro Woche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Schläft Ihr Kind im Elternbett, obwohl Sie das nicht gern sehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ist Ihr Kind zu Hause ständig ungehorsam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ist Ihr Kind beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ist Ihr Kind auffallend ungeschickt oder fällt/stößt sich oft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hat Ihr Kind vor vielen Dingen panische Angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Schätzen Sie Ihr Kind als überdurchschnittlich oft krank ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Gibt es aus Ihrer Sicht Sorgen oder Probleme mit Ihrem Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie die letzte Frage mit „ Ja“ beantwortet haben notieren Sie stichpunktartig die Probleme!

.....
.....