



U5 - Elternfragebogen

Name des Kindes

Name, Vorname

Geb.-Datum

Hatte Ihr Kind seit der U4 Erkrankungen oder Operationen?

nein

ja, falls ja, welche

War Ihr Kind seit der letzten Vorsorge bei einem Arzt oder Therapeuten?

Augenarzt

HNO-Arzt

Hautarzt

Sonstige

Anlass

Nimmt Ihr Kind dauerhaft Medikamente ein?

nein

ja, falls ja, welche

Sind Sie mit der Entwicklung und dem Verhalten Ihres Kindes zufrieden?

ja

nein

Wenn nein, warum? Was ist Ihnen aufgefallen oder bereitet Ihnen Sorgen?

Hat sich die Zusammensetzung Ihrer Familie geändert?

nein

ja

Wenn ja, was hat sich geändert?

Geht es Ihrer Familie gut?

ja

nein

Wenn nein, warum nicht?



Wer betreut ihr Kind tagsüber?

Ab welchem Alter ist der KiTa-Besuch geplant

Freut sich Ihr Kind über andere Kinder?

ja nein

Können Sie Ihr Kind zum Lachen bringen?

ja nein

Wird Ihr Kind gestillt?

ja nein

Falls nein welche Säuglingsmilch bekommt es?

Bekommt Ihr Kind Beikost?

nein ja

Falls ja, was bekommt es als Beikost?

Werden in der Familie pflanzliche Alternativen zu Kuhmilchprodukten verwendet (z.B. Sojaprodukte, Hafermilch)?

nein ja

Ernährt sich Ihre Familie vegetarisch oder vegan?

nein ja

Geben Sie Ihrem Kind regelmäßig ein Vitamin-D-Präparat mit Fluor?

ja nein

Leidet Ihr Kind unter Verstopfung?

nein ja

Hat Ihr Kind ständig Durchfälle?

nein ja

Wächst ihr Kind mit mehreren Sprachen auf? nein ja

Falls ja, mit welchen Sprachen wächst Ihr Kind auf?

Plappert Ihr Kind vor sich hin, indem es Silbenketten (z.B. de-de-de-de) verwendet?

ja nein

Dreht Ihr Kind sich zur Seite?

ja nein