



U6 - Elternfragebogen

Name des Kindes

Name, Vorname

Geb.-Datum

Hatte Ihr Kind seit der U5 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? Mutter/Vater KiTa Tagesmutter/-vater Sonstige _____

Haben sie ihr Kind bereits für den Kindergarten/KiTa angemeldet? ja nein

Sind Sie mit dem Essverhalten Ihres Kindes zufrieden? ja nein

Wenn nein, worüber machen Sie sich Gedanken? _____

Wieviel Monate war ihr Kind alt, als es mit der Beikost begonnen hat? _____ Monate

Isst Ihr Kind überwiegend die Familienkost? ja nein

Isst Ihr Kind Fleisch? ja nein

Falls ja, handelt es sich dabei überwiegend um Geflügel? nein ja

Wieviel Milch und Milchprodukte (Joghurt, Quark, Pudding...) nimmt Ihr Kind am Tag zu sich? _____

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

Ernährt sich Ihre Familie vegetarisch oder vegan? nein ja

Wieviele Mahlzeiten hat Ihr Kind am Tag?

Geben Sie Ihrem Kind regelmäßig ein Vitamin-D-Präparat? ja nein

Trinkt Ihr Kind noch regelmäßig aus der Flasche? nein ja

Was trinkt Ihr Kind? _____

Leidet Ihr Kind unter Verstopfung? nein ja

Hat Ihr Kind ständig Durchfälle? nein ja

Putzen Sie Ihrem Kind 2-mal am Tag die Zähne? ja nein

Benutzen Sie dafür eine fluoridhaltige Zahnpasta? ja nein

Waren Sie mit Ihrem Kind bereits beim Zahnarzt? ja nein



Wächst ihr Kind mit mehreren Sprachen auf? nein ja

Falls ja, mit welchen Sprachen wächst Ihr Kind auf? _____

Zieht Ihr Kind sich hoch und steht einige Sekunden? ja nein

Kann Ihr Kind mit geradem Rücken sicher sitzen? ja nein

Dreht sich ihr Kind vom Rücken auf den Bauch und wieder zurück? ja nein

Bewegt sich irgendwie vor- oder rückwärts? ja nein

Klopft Ihr Kind zwei Würfel aneinander? ja nein

Blättert Ihr Kind eine Seite im Bilderbuch um? ja nein

Freut sich Ihr Kind über andere Kinder? ja nein

Trinkt Ihr Kind schon mit etwas Hilfe aus einem Becher oder einer Tasse? ja nein

Kann Ihr Kind sich bereits kurz alleine beschäftigen? ja nein