



U7 - 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 angemeldet? ja nein

Sind Sie mit dem Essverhalten Ihres Kindes zufrieden? ja nein

Wenn nein, worüber machen Sie sich Gedanken? _____

Ist Ihr Kind überwiegend die Familienkost? ja nein

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? _____

Kann Ihr Kind selbständig mit dem Löffel essen (Kleckern erlaubt)? ja nein

Trinkt Ihr Kind noch regelmäßig aus der Flasche? nein ja

Was trinkt Ihr Kind? _____

Hat Ihr Kind Probleme mit dem Stuhlgang? 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

Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden? ja nein

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

Wächst ihr Kind mit mehreren Sprachen auf? nein ja

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



Befolgt Ihr Kind auch eine flüsternd oder leise gesprochene Aufforderung?

ja nein

Erkennt Ihr Kind bekannte Geräusche (z.B.: Auto der Eltern, Tierlaute, ein Flugzeug...)?

ja nein

Kann sich Ihr Kind bereits in seiner ‚Sprache‘ mit anderen Kindern unterhalten?

ja nein

Schnarcht Ihr Kind regelmäßig?

nein ja

Versteht und befolgt Ihr Kind einfache Aufforderungen (z.B. ‚Gib mir den Ball‘)?

ja nein

Schüttelt Ihr Kind den Kopf oder sagt es ‚Nein‘, wenn es etwas nicht will?

ja nein

Kann es auf drei Körperteile zeigen oder blicken (z.B. ‚Wo ist dein Bauch?‘)?

ja nein

Bildschirmzeit (Fernsehen, Tablet, Handy) pro Tag

gar nicht weniger als 1/2 Std. 1-2 Std. mehr als 2 Std.

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

Läuft ihr Kind über längere Zeit frei?

ja nein

Geht Ihr Kind 3 Stufen im Kinderschlitt eine Treppe hinunter (dabei darf es sich festhalten)?

ja nein

Kann Ihr Kind sich aus der Hocke aufstehen, ohne dabei die Hände zu benutzen?

ja nein

Malt Ihr Kind eine flache Spirale?

ja nein

Kann Ihr Kind eingewickelte Bonbons oder andere kleine Gegenstände auswickeln oder auspacken?

ja nein