



U7a - Elternfragebogen

Name des Kindes

Name, Vorname

Geb.-Datum

Hatte Ihr Kind seit der U7 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 einen Kindergartenplatz für ihr Kind? 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? ja nein

Trinkt Ihr Kind noch regelmäßig aus der Flasche? nein ja

Was trinkt Ihr Kind? _____

Wieviel trinkt Ihr Kind etwa am Tag? _____

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 im vergangenen Jahr mit Ihrem Kind 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? _____

Mit welchen Sprachen wächst Ihr Kind auf? _____



Akzeptiert Ihr Kind Veränderungen in seinem Zimmer? ja nein

Genießt Ihr Kind Zärtlichkeiten? ja nein

Hatte Ihr Kind bereits mehr als drei Mittelohrentzündungen? nein ja

Hört ihr Kind lauter als andere Familienmitglieder Musik oder macht es den Fernseher auffallend laut? nein ja

Haben Sie den Eindruck, Ihr Kind versteht Sie eigentlich nicht? nein ja

Schnarcht Ihr Kind regelmäßig? nein ja

Hat Ihr Kind Probleme, verstanden zu werden? nein ja

Liebt Ihr Kind es, gemeinsam mit Ihnen Bilderbücher anzusehen und wenn Sie dazu etwas erzählen? ja nein

Bildschirmzeit (Fernsehen, Tablet, Handy) pro Tag gar nicht weniger als 1/2 Std. 1-2 Std. mehr als 2 Std.

Kann Ihr Kind sich bereits kurz alleine beschäftigen? ja nein

Läuft ihr Kind über längere Zeit frei? ja nein

Geht Ihr Kind 2 Stufen im ‚Erwachsenenschritt‘ eine Treppe hoch (es darf sich dabei festhalten)? ja nein

Springt ihr Kind mit beiden Füßen eine Treppenstufe hinunter? ja nein

Fährt Ihr Kind Dreirad? ja nein

Kann Ihr Kind große Knöpfe selbst öffnen? ja nein

Kann sich ihr Kind gut über einige Stunden von Ihnen trennen, wenn es in der Zeit von einer vertrauten Person betreut wird? ja nein

Möchte Ihr Kind sich an häuslichen Tätigkeiten beteiligen? ja nein

Spielt Ihr Kind mit gleichaltrigen Kindern, redet es dabei und tauscht Spielsachen aus? ja nein

Spielt Ihr Kind phantasievoll mit Kuscheltieren, Puppen, Autos...? ja nein

Hat ihr Kind nur selten Wutanfälle (weniger als 1*/Tag) und hört in der Regel auf Sie? ja nein