



## U8 - Elternfragebogen

Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

Hatte Ihr Kind seit der U7a 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 nicht? 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?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Besucht Ihr Kind den Kindergarten?  ja  nein

Falls ja, welchen Kindergarten besucht Ihr Kind?

Wieviele Stunden am Tag ist Ihr Kind im Kindergarten?

Läuft es gut im Kindergarten?  ja  nein

Falls nein, was ist schwierig, welche Rückmeldungen gibt es?

Spielt Ihr Kind mit gleichaltrigen Kindern?  ja  nein

Spielt es Rollenspiele?  ja  nein

Hält es sich an Spielregeln?  ja  nein

Kann Ihr Kind sich weitestgehend selbst an- und ausziehen?  ja  nein

Kann Ihr Kind Wasser in ein Glas eingießen?  ja  nein

Kann Ihr Kind meist gut mit Kummer und Enttäuschung umgehen und hat nur noch selten Wutanfälle?  ja  nein

Fragt Ihr Kind warum, wie, wo, wieso, woher?  ja  nein

Spielt Ihr Kind gerne und phantasievoll (z.B. mit Autos, mit Kuscheltieren...)?  ja  nein

Mit welchen Sprachen wächst Ihr Kind auf?

Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?  ja  nein

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

Wird Ihr Kind von Außenstehenden gut verstanden?  ja  nein

Stottert Ihr Kind?  ja  nein

Gibt Ihr Kind Geschichten ungefähr im richtigen zeitlichen und logischen Verlauf wieder?  ja  nein

Hört Ihr Kind beim Vorlesen aufmerksam zu?  ja  nein

Schnarcht ihr Kind regelmäßig?  nein  ja

Atmet Ihr Kind oft durch den offenen Mund?  nein  ja



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 Messer und Gabel essen?

ja  nein

Trinkt Ihr Kind noch regelmäßig aus der Flasche?

nein  ja

Was trinkt Ihr Kind normalerweise?

---

Wieviel trinkt Ihr Kind etwa am Tag?

---

Hat Ihr Kind Probleme mit dem Stuhlgang?  nein  ja

Putzen Sie Ihrem Kind 2-mal am Tag mit fluoridhaltiger Zahnpasta die Zähne?

ja  nein

Waren Sie im vergangenen Jahr mit Ihrem Kind beim Zahnarzt?

ja  nein

Haben Sie Ihr Kind bereits für einen Schwimmkurs angemeldet?

ja  nein

Bildschirmzeit (Fernsehen, Tablet, Handy) pro Tag

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

Fährt es mit dem Dreirad oder Laufrad um Hindernisse herum?

ja  nein