



U9 - Elternfragebogen

Name des Kindes

Name, Vorname

Geb.-Datum

Hatte Ihr Kind seit der U8 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?

Läuft es gut im Kindergarten? ja nein

Spielt Ihr Kind mit gleichaltrigen Kindern? ja nein

Übernimmt Ihr Kind im Rollenspiel mit anderen Kindern (Tiere, Piraten, Prinzessinen) kompetent verschiedene Rollen, je nach Spielsituation? ja nein

Lädt Ihr Kind andere Kinder zu sich ein und wird es eingeladen? ja nein

Hält es sich an Spielregeln? ja nein

Ist Ihr Kind oft bereit zu teilen? ja nein

Kann Ihr Kind mit Kummer oder leichtere Enttäuschungen angemessen umgehen? Hat es nur selten Wutanfälle? ja nein

Mit welchen Sprachen wächst Ihr Kind auf?

Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden? ja nein

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

Wird Ihr Kind von Außenstehenden gut verstanden? ja nein

Ist die Aussprache Ihres Kindes weitestgehend fehlerfrei? ja nein

Falls nein, welche Laute machen ihm Schwierigkeiten?

Stottert Ihr Kind? nein ja

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

Macht Ihr Kind beim Satzbau noch oft Fehler? nein ja

Kennt ihr Kind die Farben? 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

Was trinkt Ihr Kind normalerweise? _____

Wieviel trinkt Ihr Kind etwa am Tag? _____

Hat Ihr Kind Probleme mit dem Stuhlgang? nein ja

Ist Ihr Kind tagsüber zuverlässig sauber? ja nein

Ist Ihr Kind nachts zuverlässig sauber? ja nein

Kann Ihr Kind schwimmen? ja nein

Falls nein, haben Sie es bereits für einen Schwimmkurs angemeldet? ja nein

Putzen Sie Ihrem Kind 2-mal am Tag mit fluoridhaltiger Zahnpasta die Zähne (nach)? ja nein

War Ihr Kind seit der letzten Vorsorge beim Zahnarzt? ja nein

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

Läuft Ihr Kind im Erwachsenenschritt (Wechselschritt) Treppen rauf und runter? ja nein