

Eltern- Fragebogen zur U8

Liebe Eltern!

Um uns besser auf die heutige Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes einstellen zu können, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

	Ja	Nein
1. Besucht Ihr Kind eine KiTa oder Tagesmutter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kann es sich gut von Mutter/Vater trennen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Spielt Ihr Kind mit anderen Kindern und kann sich in die Gruppe gut einordnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hat Ihr Kind Angst in den Kindergarten zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kann sich Ihr Kind auf ein Spiel konzentrieren und einfache Regeln befolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kann Ihr Kind Fahrrad. Roller fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ist Ihr Kind ängstlich beim Klettern, Schaukeln oder Rutschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Isst Ihr Kind allein mit Löffel, Gabel und benutzt manchmal ein Messer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sind Sie mit der Menge und Nahrungsauswahl Ihres Kindes zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Haben Sie Unverträglichkeiten gegenüber Nahrungsmitteln beobachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ist Ihr Kind tags und nachts trocken(ohne Windel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Treten Probleme beim Stuhlgang u./o. Wasserlassen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kleidet sich Ihr Kind mit Anleitung an und hilft bei der Körperpflege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Zeigt Ihr Kind Einschlaf-u./o. Durchschlafprobleme mindestens 3x pro Woche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ist Ihr Kind aufsässiger und ungehorsamer als andere Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ist Ihr Kind beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind schlecht hört (reagiert nicht auf leises Ansprechen, spricht sehr laut, stellt Musik/TV laut)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Gibt es Schwierigkeiten beim Sprechen (Aussprache, Stottern)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ist Ihr Kind häufiger krank als andere Kinder in seinem Alter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Schaut Ihr Kind regelmäßig TV-Sendungen mit Dauer von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<1Std.	1-3Std. >3Std.
Gibt es aus Ihrer Sicht Sorgen oder Probleme mit Ihrem Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie die letzte Frage mit „Ja“ beantwortet haben notieren Sie stichpunktartig die Probleme!

.....
.....