

Eltern- Fragebogen zur U9

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Spielt Ihr Kind mit anderen Kindern und kann sich in die Gruppe gut einordnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hat Ihr Kind Angst in den Kindergarten zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kann sich Ihr Kind auf ein Spiel konzentrieren und Regeln befolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kann Ihr Kind Fahrrad(ohne Stützräder) o. Roller fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Malt oder bastelt Ihr Kind gern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Isst Ihr Kind allein mit Löffel, Gabel und Messer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sind Sie mit der Menge und Nahrungsauswahl Ihres Kindes zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Haben Sie Unverträglichkeiten gegenüber Nahrungsmitteln beobachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ist Ihr Kind tags und nachts trocken(ohne Windel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Kleidet sich Ihr Kind ohne Anleitung an und ist selbstständig bei der Körperpflege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Werden Ihrem Kind kleine Hausarbeiten übertragen (Tisch decken, aufräumen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Zeigt Ihr Kind Einschlaf-u./o. Durchschlafprobleme mindestens 3x pro Woche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ist Ihr Kind aufsässiger und ungehorsamer als andere Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ist Ihr Kind beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ist Ihr Kind auffallend ungeschickt, stößt sich oft oder fällt oft hin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ist Ihr Kind überängstlich, macht sich viele Sorgen und wird manchmal „vor Aufregung krank“ (Erbrechen, Bauchschmerzen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 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"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gibt es Schwierigkeiten beim Sprechen (Aussprache, Stottern)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Schaut Ihr Kind regelmäßig TV-Sendungen mit Dauer von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<1Std.	1-3Std.	>3Std.
21. Gibt es aus Ihrer Sicht Sorgen oder Probleme mit Ihrem Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

.....