



## Elternfragebogen zur U4

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?  Ja  Nein

Gibt es Schwierigkeiten / Auffälligkeiten aus Ihrer Sicht?

---

---

Schaut Ihr Kind Sie fest an und blickt Ihnen nach?  Ja  Nein

Lacht es oder quietscht es oder gurrts es, wenn Sie mit ihm scherzen?  Ja  Nein

Spielt Ihr Kind mit den Fingern oder schaut es diese an?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind eine Lieblingsseite?  Nein  Ja

Lässt es sich auf dem Arm beruhigen?  Ja  Nein

Mag es kuscheln und körperliche Nähe?  Ja  Nein

Braucht es weniger als 30 min zum Einschlafen?  Ja  Nein

Ist die Zusammensetzung Ihrer Familie unverändert?  Ja  Nein

Geht es Ihnen und Ihrer Familie gut?  Ja  Nein

Gibt es jemanden in der Familie oder im nahen Umfeld, der Sie stundenweise entlastet?  Ja  Nein

Braucht es für die Mahlzeiten weniger als 45 Minuten?  Ja  Nein

Wie wird Ihr Kind derzeit ernährt?

---

Gibt es Schwierigkeiten beim Trinken?

---

Erhält es Vitamin D?  Nein  Ja, folgendes Präparat? \_\_\_\_\_

Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang? \_\_\_\_\_

### Fragen zur Hörfähigkeit Ihres Kindes:

Gibt es in Ihrer Familie angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen?  Nein  Ja

Schreit Ihr Kind unterschiedlich für verschiedene Bedürfnisse?  Ja  Nein

Beruhigt sich Ihr Kind auf die Stimme der Eltern?  Ja  Nein

Lauscht Ihr Kind auf Ihre Stimmen und anderen angenehmen Geräuschen?  Ja  Nein

Bewegt Ihr Kind seinen Kopf in Richtung von Geräuschen?  Ja  Nein

Zeigt Ihr Kind Reaktionen auf Ansprache durch eine Bezugsperson, auch wenn es die Person nicht sehen kann?  Ja  Nein

Haben Sie schon mal gedacht, Ihr Kind hört nicht gut?  Nein  Ja

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_ Ausgefüllt von: \_\_\_\_\_