



Elternfragebogen zur U5

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? Ja Nein

Gibt es Schwierigkeiten / Auffälligkeiten aus Ihrer Sicht?

Dreht sich Ihr Kind vom Bauch auf den Rücken oder umgekehrt? Ja Nein

Stützt sich Ihr Kind in Bauchlage auf den Händen ab? Ja Nein

Schielt Ihr Kind noch manchmal? Nein Ja

Greift es nach seinen Füßen/Zehen und spielt damit? Ja Nein

Können Sie Ihr Kind zum Lachen bringen? Ja Nein

Freut es sich über andere Kinder? Ja Nein

Beobachtet es auf Ihrem Arm die nähere Umgebung? Ja Nein

Schreit es nur noch gelegentlich und lässt sich innerhalb von 30 Minuten beruhigen? 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, der Sie wenigstens stundenweise entlastet? Ja Nein

Wie wird Ihr Kind derzeit ernährt?

Lässt sich Ihr Kind problemlos füttern? Ja Nein

Erhält es Vitamin D? Nein Ja, folgendes Präparat? _____

Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang? _____

Fragen zur Hörfähigkeit Ihres Kindes:

Hatte Ihr Kind seit der U4 Mittelohrentzündungen? Nein Ja

Reagiert Ihr Kind auf Musik? Ja Nein

Können Sie ihr weinendes Kind mit Ihrer Stimme beruhigen, auch wenn Ihr Kind Sie nicht sieht? Ja Nein

Lacht Ihr Kind, wenn es geneckt wird? Ja Nein

Verstärkt Ihr Kind sein Plaudern, wenn man mit seinen Lauten spricht? Ja Nein

Macht Ihr Kind in letzter Zeit vermehrt verschiedene Laute, wenn es plappert? Ja Nein

Plappert Ihr Kind in verschiedenen Tonhöhen? Ja Nein

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

Ausgefüllt am: _____

Ausgefüllt von: _____