



**Fragebogen zur U6** | Name des Kindes: \_\_\_\_\_

ausgefüllt von \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

- |  |                               |                               |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| Bekommt Ihr Kind Mischkost vom Tisch?                    | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Stuhlgang regelmäßig und ohne Probleme?                  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Schwerwiegende Erkrankungen seit der U5?                 | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Erhält Ihr Kind regelmäßig Vitamin D?                    | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Erhält es regelmäßig Fluorid?                            | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Unterscheidet Ihr Kind bekannte und fremde Personen?     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Freut es sich, wenn es andere Kinder sieht?              | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Gibt es Doppelsilben von sich?                           | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Ahmt es Laute nach?                                      | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Greift es kleine Gegenstände mit Daumen und Zeigefinger? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Klopft es zwei Gegenstände gegeneinander?                | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Gibt es auf Aufforderung einen Gegenstand ab?            | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Kann es sicher frei sitzen?                              | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Zieht es sich zum Stehen hoch?                           | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Dreht sich sicher von Rücken- zu Bauchlage und zurück?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Ist die gesamte Wohnung völlig rauchfrei?                | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Bekommen Sie im Alltag genügend Ruhepausen?              | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Fühlen Sie sich erschöpft oder niedergeschlagen?         | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Macht Ihnen etwas große Sorgen?                          | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |

Ihre Fragen: