



**Fragebogen zur U7** | Name des Kindes: \_\_\_\_\_

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

- |   |                               |                               |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| Schwerwiegende Erkrankungen seit der U6?                | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| 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   |
| Hört Ihr Kind leise Geräusche aus dem Nebenraum?        | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Schnarcht es regelmäßig?                                | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Spricht es 10 verschiedene Wörter (ohne ‚Mama/Papa‘)?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Kombiniert es zwei Wörter (z.B. Mama komm)?             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Kann es deutlich machen, was es nicht will?             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Zeigt es nach Aufforderung auf Körperteile?             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Kann es sich auch mal 15 min allein beschäftigen?       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Hat es Interesse an anderen Kindern?                    | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Kann es mit dem Löffel essen?                           | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Kann es sicher frei gehen?                              | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Kann es ein paar Stufen vorwärts hinabgehen?            | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Kann es kleine Gegenstände auspacken (z.B. Bonbons)?    | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Kann es drei Würfel zu einem Turm stapeln?              | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Zeigt es im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände?        | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Versucht es auch mal, Sie irgendwohin zu ziehen?        | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Schaut es länger als 15min am Tag auf einen Bildschirm? | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann Ihr Kind allein einschlafen?                       | <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 ausreichend 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 (Benutzen Sie gern die Rückseite):