



Fragebogen zur U7a | Name des Kindes: _____

ausgefüllt von _____ am _____

- | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| Schwerwiegende Erkrankungen seit der U7? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Einigermaßen ausgewogene 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 für Fremde zumeist verständlich? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Spricht es Sätze mit mindestens drei Wörtern? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Spricht es in der ich-Form und sagt den eigenen Namen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kann es sich für ein paar Stunden von den Eltern trennen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Will es in der Küche oder im Haushalt „helfen“? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kann es zuhören und konzentriert spielen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Spielt es mit anderen Kindern? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| "Als-ob-Spiele" mit Puppen, Autos, Bausteinen usw.? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Malt/kritzelt es und erklärt manchmal die Bilder? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kann kleine Gegenstände mit Dreifingergriff handhaben? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kann es beidfüßig von der untersten Stufe herabhüpfen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kann es ein paar Stufen im Wechselschritt hinaufsteigen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kann Ihr Kind allein einschlafen? | <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 |
| 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 |

Bitte wenden, auf der Rückseite geht's weiter.

Ihr Kind...

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| kann mindestens dreimal pro Woche schlecht einschlafen.
(liegt mindestens eine Stunde wach) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| wacht mindestens einmal pro Nacht auf und liegt dann
mindestens eine Stunde wach | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| schläft nachts mit im Elternbett, obwohl Sie das nicht gern sehen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| hat meistens nur wenig Appetit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ist untergewichtig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ist extrem wählerisch beim Essen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| kann sich schlecht von der Mutter trennen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| dabei kommt es zu langem Schreien oder Weinen
(mindestens eine Viertelstunde) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| hat vor vielen Dingen panische Angst | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ist überaus schreckhaft | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht still sitzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ist mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant im Verhalten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| hat täglich einen Wutanfall | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ist zu Hause ständig ungehorsam | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| zerstört häufig Gegenstände | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| hat große Angst vor fremden Erwachsenen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| spricht fast jede fremde Person an | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| geht schon nach kurzer Zeit mit fremder Person überall mit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas
verändert wird | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere,
reagiert nicht) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Ihre Fragen: