



Fragebogen zur U9 | Name des Kindes: _____

ausgefüllt von _____ am _____

- | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| Schwerwiegende Erkrankungen seit der U8? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Einigermaßen ausgewogene Mischkost mit Brot, Obst, Gemüse, Milchprodukten und Fleisch? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Trinkt Ihr Kind häufiger als 1x/Woche gesüßte Getränke? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 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 |
| Spricht es (abgesehen vom „S“) alle Buchstaben meistens richtig aus? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Hört es beim Vorlesen genau zu? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kann es Geschichten weitgehend korrekt wiedergeben? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kann es mindestens 3 Farben richtig benennen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kann es sich selbst an- und ausziehen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Verabredet es sich mit anderen Kindern zum Spielen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kann es sich beim Spielen mit Anderen abwechseln? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Ist es (meist) bereit zu teilen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kann es kleinere Enttäuschungen/Niederlagen ertragen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Hält es einen Stift im Dreipunktgriff? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Malt es Menschen und erzählt etwas über die Bilder? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kann es Laufrad oder Fahrrad fahren? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kann es ein eine Treppe im Wechselschritt hinabgehen? | <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 30min 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 |
| Macht Ihnen etwas große Sorgen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Ihre Fragen (Benutzen Sie gern auch die Rückseite):