

U7a - Elternfragebogen

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt von: Mutter Vater Sonstiges: _____

Zur Vorbereitung auf die Vorsorgeuntersuchung möchten wir Sie bitten den Fragebogen auszufüllen, damit wir die Entwicklung Ihres Kindes besser beurteilen können.

Bitte füllen Sie ebenfalls den Fragebogen zur Sprachbeurteilung U7a aus.

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Fährt Ihr Kind Laufrad? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Geht Ihr Kind Treppen im Wechselschritt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sagt Ihr Kind seinen Vor- und Nachnamen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sagt Ihr Kind „Bitte“, wenn es etwas haben möchte? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Verwendet Ihr Kind die Mehrzahl? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sagt Ihr Kind, dass es auf die Toilette muss? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hält Ihr Kind Messer, Gabel und Löffel richtig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zieht Ihr Kind Kleidungsstücke selbstständig an? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Putzt Ihr Kind sich die Zähne? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hilft Ihr Kind bei einfachen häuslichen Tätigkeiten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Spielt Ihr Kind mit anderen Kindern? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Befolgt Ihr Kind Spielregeln? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Trennt sich Ihr Kind leicht von der Mutter bzw. der Bezugsperson? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Besucht Ihr Kind eine Krippe oder einen Kindergarten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, für wie viele Stunden am Tag? | _____ | |

Gibt es Anmerkungen zu Ihrem Kind von den Erzieher:innen?

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind täglich vor einem Bildschirm (Fernseher, Smartphones, Tablets, etc.)?

- < 1 Stunde 1 – 3 Stunden > 3 Stunden

Machen Sie sich Sorgen bezüglich der Entwicklung Ihres Kindes?

- Ja
 Nein

Wenn ja, welche? _____

