

U6 - Elternfragebogen

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt von: Mutter Vater

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Kann Ihr Kind stehen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kann Ihr Kind (mit Unterstützung) laufen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kann Ihr Kind mit Daumen und Zeigefinger Krümel o. Ä. aufheben und zum Mund führen? (Pinzettengriff) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Findet Ihr Kind versteckte Spielzeuge? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Räumt Ihr Kind Gegenstände aus z.B. aus Schubladen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kann Ihr Kind klatschen oder winken? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kann Ihr Kind feste Nahrung beißen, kauen und schlucken? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kann Ihr Kind aus einem Becher oder einer Tasse trinken? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Verwendet Ihr Kind sprachähnliche Laute? (z.B. „baba“ „dada“) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Reagiert Ihr Kind auf leise Ansprache oder Musik? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Macht Ihr Kind seine Wünsche deutlich? (Kein schreien!) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rollt/wirft Ihr Kind Ihnen einen Ball zu und erwartet, dass Sie ihn zurückrollen/zurückwerfen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Beruhigt sich Ihr Kind in alltäglichen Situationen innerhalb weniger Minuten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Machen Sie sich Sorgen bezüglich der Entwicklung Ihres Kindes? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche: | | |
