

Name des Kindes	Geburtsdatum	aktuelles Datum

U7 Elternfragebogen

1. Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? Wenn nein, warum?
Was ist Ihnen aufgefallen?

- Gibt es Ereignisse, die die Entwicklung Ihres Kindes beeinflussen?

2. Wie ist das Essverhalten Ihres Kindes bzw. sind Sie zufrieden mit dem
Essverhalten Ihres Kindes?

- Machen Sie sich Gedanken/Sorgen bzgl. des Essverhaltens?

3. Gibt es Veränderungen in der Familie?

- Geht es der Familie gut? Belastet die Familie etwas?

Name des Kindes	Geburtsdatum	aktuelles Datum

4. Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes:

Grobmotorik	Ja	Nein
1. Es geht eine Treppe vorwärts hinunter, evtl. im Nachstellschritt, mit Festhalten am Geländer oder an der Hand eines Erwachsenen.		
2. Es kann rennen (sehr schnelles Laufen mit deutlichem Armschwung), umsteuert dabei Hindernisse und kann plötzlich anhalten.		
Feinmotorik	Ja	Nein
3. Es kann eine (Buch-) Seite (aus Papier!) einzeln umblättern.		
4. Es kann selbständig mit einem Löffel essen (Kleckern erlaubt).		
Kognition	Ja	Nein
5. Es holt sich einen Stuhl oder ähnliches, um an etwas heranzukommen.		
6. Es hört mindestens 5 Minuten aufmerksam einer vertrauten Geschichte zu (nicht gemeint sind Lieder, Gedichte, Reime).		
Sozio-Emotional	Ja	Nein
7. Kann sich in gewohnter Umgebung gut von der Mutter trennen.		
8. Scheint bei gefährlichen Aktivitäten Angst zu kennen (z.B. Straßenverkehr).		
9. Lässt Gegenstände heil (zerstört sie nicht).		
10. Hat keine Angst vor fremden Erwachsenen.		
11. Spricht nicht jede fremde Person an.		
12. Wehrt sich meistens nicht gegen Zärtlichkeiten, will schmusen.		
13. Ist durch Blickkontakt oder einer Reaktion in Kontakt zu seiner Umgebung.		

Name des Kindes	Geburtsdatum	aktuelles Datum

14. Ist gegenüber Schmerz empfindlich.		
15. Lässt sich bei täglichen Ärgernissen innerhalb von ca. 5 Minuten beruhigen.		
Kommunikation	Ja	Nein
16. Es versucht seine Wünsche in ruhiger Art (ohne schreien/weinen) durch Mimik, Gestik, Laute - aber anders als bloßes „Darauf-zeigen“, zu äußern.		
17. Es ergreift Ihre Hand oder Ihre Kleidung und versucht, Sie irgendwo hinzuziehen.		
18. Es spielt mit einem anderen Kind – mindestens fünf Minuten – gemeinsam ein Spiel: die Kinder sprechen miteinander und tauschen Gegenstände aus.		
19. Es kann seinen eigenen Wunsch durch „nein“-sagen äußern (schüttelt z.B. abwehrend den Kopf oder verwendet das Wort „nein!“).		
Schlafen	Ja	Nein
20. Schläft in der Nacht durch.		
21. Kann gut einschlafen?		
22. Schläft nachts im eigenen Bett?		
23. Schnarcht ihr Kind?		
Hören	Ja	Nein
24. Kann leise Geräusche hören?		
Sehen	Ja	Nein
25. Kann nah und weit entfernte Dinge gut sehen? Erkennt Details z.B. in einem Wimmelbuch, Flugzeuge am Himmel etc?		



Name des Kindes	Geburtsdatum	aktuelles Datum

26. War ihr Kind schon mal beim Augenarzt?		
--	--	--