



## Elternfragebogen U5

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Heutiges Datum: \_\_\_\_\_

Sind Sie mit der Entwicklung ihres Kindes zufrieden?  Ja  Nein

Ist Ihre Familienzusammensetzung verändert seit der letzten Vorsorge?  Ja  Nein

Geht es Ihnen und Ihrer Familie gut?  Ja  Nein

Gibt es Schwierigkeiten/Auffälligkeiten aus Ihrer Sicht?  Ja  Nein

Falls Ja, welche? \_\_\_\_\_

Wie wird Ihr Kind derzeit ernährt?

Muttermilch  Flaschenmilch  Beikost

Geht ihr Kind in eine Krippe/Kita oder ähnliches?  Ja  Nein

Erhält ihr Kind Vitamin D?  Nein  Ja, folgendes Präparat: \_\_\_\_\_

Bemerkungen:

.....  
.....

| Hörfähigkeit  | Ja | Nein |
|---|----|------|
| Reagiert ihr Kind auf Musik?  |    |      |
| Können Sie ihr weinendes Kind mit Ihrer Stimme beruhigen, auch wenn Ihr Kind Sie nicht sieht? |    |      |
| Verstärkt Ihr Kind sein Plaudern, wenn man mit seinen Lauten spricht?                         |    |      |
| Macht Ihr Kind in letzter Zeit vermehrt verschiedene Laute, wenn es plappert?                 |    |      |
| Plappert Ihr Kind schon in verschiedenen Tonhöhen?  |    |      |
| Haben Sie schon mal gedacht, Ihr Kind hört nicht gut?   |    |      |

| Mein Baby... (Fragebogen modifiziert nach Papoušek)  | Fast nie | Häufig | Fast immer | Dies macht mir Sorgen |
|--|----------|--------|------------|-----------------------|
| ... ist ständig unruhig und unzufrieden  |          |        |            |                       |
| ... schreit heftig, sobald ihm etwas nicht passt   |          |        |            |                       |
| ... setzt mich mit seinem Schreien unter Druck   |          |        |            |                       |
| ... wehrt sich gegen das Einschlafen, braucht trotz Einschlafhilfen extrem lang (>30min) zum Einschlafen |          |        |            |                       |

|   |  |  |           |             |
|---|--|--|-----------|-------------|
| ... schläft tagsüber nur kurz und unregelmäßig  |  |  |           |             |
| ... fordert ständige Aufmerksamkeit u. Unterhaltung   |  |  |           |             |
| ... will ständig herumgetragen werden   |  |  |           |             |
| ... erträgt keine körperliche Einschränkung   |  |  |           |             |
| ... vermeidet Blickkontakt  |  |  |           |             |
| ... Die Mahlzeiten sind mühsam und langwierig (> 45min)   |  |  |           |             |
| ... isst nur mit Ablenkung  |  |  |           |             |
| ... isst/trinkt nur mit Druck und Zwang   |  |  |           |             |
| ... wehrt Füttern mit dem Löffel ab   |  |  |           |             |
| ... reagiert extrem ängstlich auf alles Neue, fremde Umgebung, fremde Personen, neues Spielzeug |  |  |           |             |
| ... schreit panisch, sobald ich aus dem Zimmer gehe   |  |  |           |             |
| ... manipuliert mich total mit seinem Schreien  |  |  |           |             |
| <b>Familiäre Situation</b>  |  |  |           |             |
| In meiner Familie gibt es niemanden, der mich wenigstens stundenweise entlastet                 |  |  |           |             |
| Ich fühle mich sozial isoliert und mit meinen Sorgen allein gelassen                            |  |  |           |             |
| Die Nerven liegen blank   |  |  |           |             |
| Mein Baby ist mir im Wesen fremd  |  |  |           |             |
| Ich habe Angst, als Mutter zu versagen  |  |  |           |             |
| Die Probleme belasten die Partnerschaft   |  |  |           |             |
| Ich plage mich mit der Angst, mein Baby sei hyperaktiv  |  |  |           |             |
| Ich traue mich mit dem Baby nirgendwo hin   |  |  |           |             |
| <b>Fähigkeiten</b>  |  |  | <b>Ja</b> | <b>Nein</b> |
| Kann sich Ihr Kind auf den Bauch drehen?  |  |  |           |             |
| Stützt sich Ihr Kind in Bauchlage auf den Händen ab?  |  |  |           |             |
| Steckt Ihr Kind Spielzeug in den Mund?  |  |  |           |             |
| Greif es nach seinen Füßen/Zehen und spielt damit?  |  |  |           |             |
| Können Sie Ihr Kind zum Lachen bringen?   |  |  |           |             |
| Freut es sich über andere Kinder?   |  |  |           |             |
| Beobachtet es auf Ihrem Arm die nähere Umgebung?  |  |  |           |             |