



Elternfragebogen U6

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 tagsüber betreut?

Eltern Großeltern Kindereinrichtung Tagesmutter andere

Haben Sie die Familienkost schon begonnen? Ja Nein

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

Hörfähigkeit	Ja	Nein
Hatte Ihr Kind seit der U5 mehr als 3 Mittelohrentzündungen?		
Können Sie ihr weinendes Kind mit Ihrer Stimme beruhigen, auch wenn Ihr Kind Sie nicht sieht?		
Reagiert Ihr Kind auf Musik?		
Reagiert Ihr Kind auf seinen Namen?		
Wendet sich Ihr Kind sprechenden oder singenden Personen zu?		
Folgt Ihr Kind Aufforderungen, etwas zu tun oder nicht zu tun?		
Plappert Ihr Kind in letzter Zeit immer mehr verschiedene Laute?		
Ist beim Plappern eine Sprachmelodie erkennbar?		
Haben Sie schon mal gedacht, Ihr Kind hört nicht gut?		

Bemerkungen:

.....
.....

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Mein Kind ... (Fragebogen modifiziert nach Papoušek)	nie	gelegentlich	oft	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 Schlafhilfen extrem lang (>30min)				
... ist ständig müde, überreizt, unausgeschlafen.				
... wacht nachts mehr als zweimal schreiend auf und verlangt vielerlei Schlafhilfen.				
... fordert ständige Aufmerksamkeit und Unterhaltung.				
... kann sich nicht allein beschäftigen, hat keine Lust zu spielen				
... schreit und kämpft beim Anziehen und Wickeln.				
... Ist auffallend ernst, lächelt nur die anderen an.				
... vermeidet Blickkontakt.				
Die Mahlzeiten sind mühsam und langwierig (>45min.).				
... isst / trinkt nur mit Druck.				
... isst nur mit Ablenkung.				
... reagiert extrem ängstlich auf alles Neue,				
... schreit panisch, sobald ich aus dem Zimmer gehe.				
Familiäre Situation	Nie	Gelegentlich	oft	
In meiner Familie gibt es niemand, 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.				

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Fähigkeiten	Ja	Nein
Wenn ich mein Kind hinsetzte, kann es allein sitzen		
Mein Kind sitzt sicher und frei		
... dabei kann es angebotene Gegenstände annehmen, ohne umzufallen		
Mein Kind kann sich auf allen Vieren fortbewegen (krabbeln oder rutschen)		
Mein Kind zieht sich zum Stehen hoch		
... und steht mit Festhalten an Wand oder Möbeln		
Mein Kind sagt häufig verständliche oder unverständliche Silben		
Mein Kind bildet Doppelsilben wie baba, mama, gaga		
Mein Kind kann zwischen fremden und bekannten Personen unterscheiden		
Mein Kind untersucht kleine Gegenstände mit den Händen		
... und schaut diese dabei konzentriert an		
Mein Kind ergreift und hält kleine Gegenstände zwischen Daumen und gestrecktem Zeigefinger		
Mein Kind findet Spielzeug, das vor seinen Augen mit einem Tuch versteckt wurde		
Mein Kind winkt zum Abschied		
Mein Kind freut sich über andere Kinder		