

Fragebogen U5



Name des Kindes: _____

	Gab/gibt es bei Ihrem Kind seit der letzten Vorsorge-Untersuchung...	
nein	<i>schwerwiegende Erkrankungen, Operationen, Krampfanfälle oder schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen?</i>	ja
nein	<i>Schwierigkeiten beim Trinken und Füttern, Erbrechen oder Schluckstörungen?</i>	ja
nein	<i>auffälliges Essverhalten?</i>	ja
nein	<i>auffällige Stühle? (z.B. Verstopfung, die für das Kind ein Problem ist)</i>	ja
nein	<i>auffälliges Schreien?</i>	ja
nein	<i>Probleme beim Hören? (Ihr Kind sollte auf laute und leise Schallreize reagieren und den Kopf zur Schallquelle wenden können.)</i>	ja
nein	Gibt es besondere Belastungen in der Familie?	ja
nein	Sind Sie als Mutter (oder Vater) alleinerziehend?	ja
nein	Leben Sie selbst in einer betreuten Einrichtung?	ja
nein	Ist Ihr Kind teilweise in fremder Betreuung (Großeltern, Tagesmutter, Krippe)?	ja
	Mein / Unser Kind kann	
	Grobmotorik	
ja	... sich mit gestreckten Armen auf den Handflächen abstützen.	nein
ja	... beim Hochziehen an den Armen/Händen den Kopf symmetrisch in Verlängerung der Wirbelsäule mitnehmen und beide Arme beugen.	nein
ja	... mit den Beinen federn.	nein
	Feinmotorik	
ja	... Spielzeug zwischen den Händen wechseln und mit der Hand an der Daumenseite greifen.	nein
	Sprache	
ja	... rhythmische Silbenketten (z. B. ge-ge-ge, mem-mem-mem, de) produzieren.	nein
	Wahrnehmung / Kognitive Entwicklung	
ja	... Dinge / Spielzeuge mit beiden Händen greifen, in den Mund stecken und benagen.	nein
	Soziale / emotionale Kompetenz	
ja	... stimmhaft lachen, wenn es geneckt wird.	nein
ja	... sich gegen Bekannte und Unbekannte unterschiedlich benehmen.	nein
ja	... sich beim Erscheinen eines anderen Kindes freuen.	nein