

Fragebogen U6



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>auffälliges / nicht altersgemäßes Essverhalten?</i>	ja
nein	<i>auffällige Stühle? (z.B. Verstopfung, die für das Kind ein Problem ist)</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	<i>regelmäßiges Schnarchen?</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	... frei mit geradem Rücken und sicherer Gleichgewichtskontrolle sitzen.	nein
ja	... sich in den Stand hochziehen und einige Sekunden stehen bleiben.	nein
ja	... sich selbständig flüssig von der Rückenlage zur Bauchlage und zurück drehen.	nein
	Feinmotorik	
ja	... einen kleinen Gegenstand zwischen Daumen und gestrecktem Zeigefinger greifen.	nein
ja	... zwei Würfel aneinander klopfen.	nein
	Sprache	
ja	... spontan längere Silbenketten äußern.	nein
ja	... Doppelsilben (z.B. ba-ba, da-da) produzieren.	nein
ja	... Laute nachahmen.	nein
	Wahrnehmung / Kognitive Entwicklung	
ja	... der Mutter oder dem Vater nach Aufforderung einen Gegenstand geben.	nein
ja	... den Zeigefinger in die gezeigte Richtung verfolgen.	nein
	Soziale / emotionale Kompetenz	
ja	... alleine aus der Flasche trinken und aus der Tasse / dem Becher mit etwas Hilfe.	nein
ja	... zwischen fremden und bekannten Personen unterscheiden.	nein
ja	... sich über andere Kinder freuen.	nein