

Elternfragebogen zur U6

Name des Kindes _____ geb. _____

Liebe Eltern,

zur Vorbereitung auf die heutige Untersuchung bitte ich Sie, den Fragebogen auszufüllen, damit wir die Entwicklung Ihres Kindes besser beurteilen können.

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| 1. Ihr Kind kann stehen | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| 2. Es kann mit Unterstützung laufen | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| 3. Es nimmt Dinge mit Daumen und Zeigefinger
(Pinzettengriff) | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| 4. Es findet versteckte Dinge | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| 5. Er räumt Dinge (Körbe, Regale) aus | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| 6. Es klatscht in die Hände oder winkt | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| 7. Es trinkt aus der Tasse | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| 8. Es beißt ab, kaut und schluckt feste Nahrung | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| 9. Es verwendet Silbenverdopplung („baba“, „dada“) | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| 10. Es reagiert auf leise Ansprache oder Musik | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| 11. Es macht Wünsche auch ohne Schreien deutlich | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| 12. Er rollt/wirft einen Ball zu Ihnen und erwartet, dass Sie ihn
zurückrollen/-werfen | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| 13. Es kann bei Ärgernissen meist innerhalb weniger Minuten
beruhigt werden | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |

Machen Sie sich über irgendetwas Sorgen bezüglich der Entwicklung Ihres Kindes?

Vielen Dank!