

Diese Seite füllen die Eltern aus

## Elternfragebogen — Vorsorge U6



**Bitte ausfüllen:**

**Patientenname:**\_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:**\_\_\_\_\_ **Alter:**\_\_\_\_\_

Was isst Ihr Kind?:\_\_\_\_\_ Was trinkt Ihr Kind:\_\_\_\_\_

Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang?:\_\_\_\_\_ Ist der Stuhl auffällig?: ☐Nein ☐Ja

Reagiert Ihr Kind auf laute Töne?: ☐Nein ☐Ja

Schnarcht Ihr Kind regelmäßig?: ☐Nein ☐Ja

War Ihr Kind seit der letzten Vorsorge bei einem

☐Augenarzt ☐HNO-Arzt ☐Hautarzt ☐Sonstiges:\_\_\_\_\_ Anlass:\_\_\_\_\_

Gab es Ereignisse oder Veränderungen? (gesundheitlich / familiär):\_\_\_\_\_

Geht Ihr Kind in den Kindergarten? (Welchen?):\_\_\_\_\_

Geht Ihr Kind in die KiTa (Welche?): \_\_\_\_\_

Geht Ihr Kind zur Tagesmutter? (Welche?): \_\_\_\_\_

Wieviele Tage / Woche?: \_\_\_\_\_ Wieviele Stunden / Tag?: \_\_\_\_\_

Wer betreut Ihr Kind sonst noch?: \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig an einer Gruppe teil?

z.B. ☐Babyschwimmen ☐Krabbeldgruppe ☐Kindersingen ☐Sonstige:\_\_\_\_\_

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind am Tag mit...

dem Fernsehen:\_\_\_\_\_

dem Tablet/Handy:\_\_\_\_\_

Computer- oder Videospielen:\_\_\_\_\_

Büchern:\_\_\_\_\_

## Fragebogen zu Grenzsteinen der Entwicklung im Alter von 1 Jahr

**Familienname:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_  
**geboren am:** \_\_\_\_\_ **Geschlecht:** ☐ weiblich ☐ männlich

Wenn ich mein Kind hinsetze, kann es alleine sitzen ☐ ja ☐ nein

Mein Kind sitzt sicher und frei, ☐ ja ☐ nein

ohne fremde Unterstützung und ohne sich mit den Händen  
abzustützen, ☐ ja ☐ nein

dabei kann es angebotene Gegenstände annehmen ohne umzufallen ☐ ja ☐ nein

Mein Kind kann sich auf allen Vieren fortbewegen (krabbeln oder  
rutschen) ☐ ja ☐ nein

Mein Kind zieht sich zum Stehen hoch ☐ ja ☐ nein

und steht mit Festhalten an Wand und Möbeln ☐ ja ☐ nein

Mein Kind sagt häufig verständliche oder unverständliche Silben ☐ ja ☐ nein

Mein Kind bildet Doppelsilben wie baba, mama, gaga ☐ ja ☐ nein

Mein Kind kann zwischen fremden und bekannten Personen  
unterscheiden ☐ ja ☐ nein

Mein Kind untersucht kleinere Gegenstände mit den Händen, ☐ ja ☐ nein

es schaut diese dabei konzentriert an ☐ ja ☐ nein

Mein Kind ergreift und hält kleinere Gegenstände zwischen Daumen  
und gestrecktem Zeigefinger ☐ ja ☐ nein

Mein Kind findet Spielzeug, das vor seinen Augen unter einem Tuch  
versteckt wurde ☐ ja ☐ nein

Mein Kind winkt zum Abschied ☐ ja ☐ nein

Mein Kind freut sich über andere Kinder ☐ ja ☐ nein