

# 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  Krabbelgruppe  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  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind sitzt sicher und frei,   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ohne fremde Unterstützung und ohne sich mit den Händen abzustützen,                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| dabei kann es angebotene Gegenstände annehmen ohne umzufallen                                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind kann sich auf allen Vieren fortbewegen (krabbeln oder rutschen)                          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind zieht sich zum Stehen hoch   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| und steht mit Festhalten an Wand und Möbeln  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind sagt häufig verständliche oder unverständliche Silben                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind bildet Doppelsilben wie baba, mama, gaga   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind kann zwischen fremden und bekannten Personen unterscheiden                               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind untersucht kleinere Gegenstände mit den Händen,<br>es schaut diese dabei konzentriert an | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind ergreift und hält kleinere Gegenstände zwischen Daumen und gestrecktem Zeigefinger       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind findet Spielzeug, das vor seinen Augen unter einem Tuch versteckt wurde                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind winkt zum Abschied   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind freut sich über andere Kinder  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |