

## Elternfragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U7a

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

1. alleinerziehend
2. Betreuung: zu Hause  Kiga/Kita  Tagesmutter
3. Anzahl Geschwister:

stimmt  stimmt nicht

4. Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Gibt es besondere Belastungen in der Familie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Kann mindestens 3 x pro Woche schlecht einschlafen – liegt mindestens 1 Stunde wach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Wacht mindestens 1 x pro Nacht auf und liegt dann mindestens 1 Stunde wach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Schläft nachts mit im Elternbett, obwohl ich das nicht gerne sehe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Hat meistens nur wenig Appetit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ist untergewichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ist extrem wählerisch beim Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Kann sich schlecht von der Mutter trennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Dabei kommt es zu langem Schreien oder Weinen mindestens eine Viertelstunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Hat vor vielen Dingen panische Angst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ist überaus schreckhaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht still sitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Ist mitunter beim spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Hat täglich einen Wutanfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Ist zu Hause ständig ungehorsam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Zerstört häufig Gegenstände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Hat große Angst vor fremden Erwachsenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Spricht fast jede fremde Person an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Geht schon nach kurzer Zeit mit fremder Person überall mit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Ist häufig ohne Kontakt zu seiner Umgebung – blickt ins Leere, reagiert nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Erkrankungen in der Familie: Diabetes <input type="radio"/> , Schilddrüse <input type="radio"/> , Hypercholesterinämie <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Ihr Kind möchte sich an häuslichen Tätigkeiten beteiligen, will mithelfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Es kann sich für mind. 30 min alleine in einem Zimmer beschäftigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Ihr Kind wird von der Umgebung gut verstanden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Es erzählt kleine Erlebnisse in weitgehend richtiger zeitlicher und logischer Reihenfolge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Es kann von sich in der Ich-Form sprechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Es kennt seinen Vornamen und kann ihn sagen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Es kann Reißverschlüsse und große Knöpfe selbst öffnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Es betrachtet alleine ausdauernd Bilderbücher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Wieviele Stunden verbringt Ihr Kind vor TV/Tablet/Handy insgesamt pro Tag.	< 1 h <input type="radio"/>	1-3 h <input type="radio"/>