



Elternfragebogen – Vorsorgeuntersuchung U 5 (6. - 7. Monat)

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

Datum:

	Ja	Nein
Bestanden schwerwiegende Erkrankung seit der U4: (OP, Krampfanfall, Krankenhaus, häufige/schwere Infektionen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist das Essverhalten <u>nicht</u> altersgemäß (Kleinkinderkost)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Stuhlgang <u>abnormal</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt Ihr Kind ein auffälliges Schreiverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind gut hören? (Reaktion auf Schallreize, Hinwendung zu Geräusch)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ab welchem Alter planen Sie Ihr Kind in eine Betreuung zu geben?		
Erbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speineigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blähungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pullert im Strahl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Ja	Nein	Nicht beobachtet
Soziale Kompetenz			
Lacht Stimmhaft, wenn es geneckt wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhält sich gegenüber Bekannten und Fremden verschieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielt verstecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freut sich beim Erscheinen anderer Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feinmotorik			
Koordiniert Hände und Augen (greift gezielt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Greift nach Objekten außerhalb der Reichweite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Greift Objekte mit beiden Händen und steckt sie in Mund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Greift über die Körpermitte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechselt Gegenstände zwischen den Händen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprache			
Wendet sich nach Stimmen/Geräuschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildet rhythmische Silbenketten (z.B. ge-ge-ge, mem-mem-mem, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grobmotorik			
Oberkörper in Bauchlage mit gestreckten Armen auf Hände gestützt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Kopf in Körperachse halten, wenn Sie es an Händen hochziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dreht sich von der Bauchlage in die Rückenlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dreht sich von der Rückenlage in die Bauchlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bringt Hände und Füße zusammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann mit Beine federn, wenn es auf die Füße gestellt wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Feststellung der Hörfähigkeit

	Ja	Nein
1. Reagiert Ihr Kind auf Musik aus dem Radio, Fernsehen, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Plappert oder babbelt Ihr Kind bereits mehrere verständliche Laute und befinden sich hierunter welche mit mehr als einer Silbe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Benutzt Ihr Kind seine Stimme, um auf sich aufmerksam zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zeigt Ihr Kind eine deutliche Unruhe beim Auftreten unbekannter Geräusche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Beachtet Ihr Kind die Unterhaltung andere Personen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Reagiert Ihr Kind auf Geräusche außerhalb des Raumes, in dem es sich gerade befindet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>