

## Elternfragebogen – Vorsorgeuntersuchung U5

(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"/>

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Nicht beobachtet</b>
<b>Soziale Kompetenz</b>			
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"/>
<b>Feinmotorik</b>			
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"/>
<b>Sprache</b>			
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"/>
<b>Grobmotorik</b>			
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

		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
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"/>