

## Elternfragebogen – Vorsorgeuntersuchung U6

(10. – 12. Monat)

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

Datum:

	Ja	Nein
Bestanden schwerwiegende Erkrankung seit der U5: (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"/>
Kann Ihr Kind gut hören? (Reaktion auf Schallreize, Hinwendung zu Geräusch)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarcht Ihr Kind regelmäßig, auch wenn es gesund ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ab welchem Alter planen Sie Ihr Kind in eine Betreuung zu geben?		
Wie oft hat ihr Kind Stuhlgang?		
Seit wann sitzt ihr Kind frei?		
Seit wann krabbelt ihr Kind symmetrisch?		
Gutes Sehvermögen (verfolgt Personen/Gegenstände mit Augen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lacht/juchzt/Einzelworte oder Silbenverdopplung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt nach Aufforderung einen Gegenstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfolgt den Zeigefinger in eine gezielte Richtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Ja	Nein	Nicht beobachtet
<b>Soziale Kompetenz</b>			
Gibt auf Aufforderung einen Gegenstand an Mama/Papa ab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folgt dem Zeigefinger in die gezeigte Richtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klatscht in die Hände oder winkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macht Wünsche deutlich (ohne Schreien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinkt allein aus der Flasche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinkt mit etwas Hilfe aus einer Tasse oder einem Becher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann zwischen fremden und bekannten Personen unterscheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freut sich über andere Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Feinmotorik</b>			
Kann kleinen Gegenstand zwischen Daumen und gestrecktem Zeigefinger greifen (Pinzetten-Griff)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlägt 2 Klötzchen / Spielzeuge zusammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baut Turm mit 2 Klötzchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kritzelt spontan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sprache</b>			
Imitiert Sprachlaute (spontane Äußerung längerer Silbenketten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produziert/spricht Doppelsilben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ahmt Laute nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Grobmotorik</b>			
Kann mit geradem Rücken und sicherer Gleichgewichtskontrolle sitzen, ohne, dass man sie/ihn unterstützt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann sich in den Stand hochziehen und einige Sekunden stehenbleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Setzt sich selbständig auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läuft an Möbeln entlang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bücken und Aufrichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läuft allein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Feststellung der Hörfähigkeit

		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
1.	Versteht Ihr Kind ausgesprochene Verbote (z.B. Nein-Nein, Halt usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Folgt Ihr Kind einer Aufforderung etwas zu tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Reagiert Ihr Kind auf Musik, indem es die Schallquelle sucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Reagiert Ihr Kind, wenn Sie es aus ca. 1 m Entfernung flüsternd ansprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Spricht Ihr Kind verständlich zwei oder mehr Worte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Hält Ihr Kind Plappermonologe als Ausdruck der Zufriedenheit ab, wenn es sich alleine im Raum befindet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>