

# U6

Datum:

Name.....geb. ....Alter(12-13M).....,korr.....

## Elternfragen

|  | ja                                | nein                               |                                  |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?                                     | <input type="radio"/>             | <input type="checkbox"/>           |                                  |
| Geht Ihr Kind an Möbeln entlang?   | <input type="radio"/>             | <input type="checkbox"/>           |                                  |
| Blättert es eine Seite um?   | <input type="radio"/>             | <input type="checkbox"/>           |                                  |
| Macht es ‚winke-winke‘ oder ‚bitte-bitte‘?   | <input type="radio"/>             | <input type="checkbox"/>           |                                  |
| Sagt es zu Ihnen Mama/Papa?  | <input type="radio"/>             | <input type="checkbox"/>           |                                  |
| Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind gut hört?  | <input type="radio"/>             | <input type="checkbox"/>           |                                  |
| Dreht Ihr Kind den Kopf in die Richtung aus der ein leises Geräusch (z. B. Musik) kommt? | <input type="radio"/>             | <input type="checkbox"/>           |                                  |
| Reagiert Ihr Kind, wenn Sie es leise ansprechen?   | <input type="radio"/>             | <input type="checkbox"/>           |                                  |
| Folgt Ihr Kind einer Aufforderung etwas zu tun?  | <input type="radio"/>             | <input type="checkbox"/>           |                                  |
| Bewegt es sich rhythmisch zu Musik oder Liedern?   | <input type="radio"/>             | <input type="checkbox"/>           |                                  |
| Freut es sich über andere Kinder   | <input type="radio"/>             | <input type="checkbox"/>           |                                  |
| Freut es sich über Zuwendung (Blickkontakt, Streicheln, Schmusen)?                       | <input type="radio"/>             | <input type="checkbox"/>           |                                  |
| Schaut es sich gerne im Spiegel an?  | <input type="radio"/>             | <input type="checkbox"/>           |                                  |
| Trinkt es schon mit etwas Hilfe aus einer Tasse/einem Becher?                            | <input type="radio"/>             | <input type="checkbox"/>           |                                  |
| Klappen die Mahlzeiten meist problemlos?   | <input type="radio"/>             | <input type="checkbox"/>           |                                  |
| Kann sich Ihr Kind schon kurz alleine beschäftigen?                                      | <input type="radio"/>             | <input type="checkbox"/>           |                                  |
| Braucht es nur <b>selten länger</b> als 30 min zum Einschlafen?                          | <input type="radio"/>             | <input type="checkbox"/>           |                                  |
| Kommt es nur <b>selten mehr</b> als 2 mal in der Nacht schreiend auf?                    | <input type="radio"/>             | <input type="checkbox"/>           |                                  |
| Hat es mindestens 3 mal pro Woche schmerzfrei Stuhlgang?                                 | <input type="radio"/>             | <input type="checkbox"/>           |                                  |
| Ist die Zusammensetzung Ihrer Familie <b>unverändert</b> ?                               | <input type="radio"/>             | <input type="checkbox"/>           |                                  |
| Geht es Ihnen und Ihrer Familie gut?   | <input type="radio"/>             | <input type="checkbox"/>           |                                  |
| Gibt es jemanden, der Sie wenigstens stundenweise entlastet?                             | <input type="radio"/>             | <input type="checkbox"/>           |                                  |
| Wer betreut Ihr Kind tagsüber?   | Mutter <input type="radio"/>      | Vater <input type="radio"/>        | Großmutter <input type="radio"/> |
|  | Tagesmutter <input type="radio"/> | Kinderkrippe <input type="radio"/> |                                  |