

U7

Datum:

Name.....geb. Alter(23-25M)....., korr.....

Elternfragen

ja nein

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Kann sich ihr Kind aus der Hocke freihändig wieder aufrichten?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Kann es ein Bonbon oder kleines Geschenk auswickeln?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Kann es sich eine geöffnete Jacke allein ausziehen?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Kann es drei Klötzchen aufeinander stellen?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Kann es „nein“ sagen oder irgendwie zeigen, wenn es etwas nicht möchte?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Benützt Ihr Kind in Ihrer Sprache wenigstens 12 verschiedene Worte	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Benutzt Ihr Kind Wortverbindungen aus 2 Wörtern, wie z. B. "Mama Buch", "Baby spielen", "das rein"?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Versucht es Sie irgendwo hinzuziehen?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Hört Ihr Kind eine Mücke oder Fliege summen?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Befolgt Ihr Kind eine <u>leise</u> gesprochene Aufforderung?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie mit dem Essverhalten Ihres Kindes zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Kann es selbständig mit einem Löffel essen (Kleckern erlaubt)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Hat es mindestens 3 mal pro Woche schmerzfrei Stuhlgang?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Braucht Ihr Kind meist weniger als 1 Stunde zum Einschlafen?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Schläft es oft durch und, wenn es aufwacht, liegt es weniger als 1 Stunde wach?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Lässt es sich bei täglichen Ärgernissen innerhalb von ca. 5 Minuten beruhigen?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist die Zusammensetzung Ihrer Familie unverändert ?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Geht es Ihnen und Ihrer Familie gut?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Wer betreut Ihr Kind tagsüber?			
Mutter <input type="radio"/>	Vater <input type="radio"/>	Großeltern <input type="radio"/>	Tagesmutter <input type="radio"/>
Kinderkrippe <input type="radio"/>		Kindergarten <input type="radio"/>	
_____ <input type="radio"/>			
Bildschirmzeit (Fernsehen/Video/usw) pro Tag: gar nicht <input type="radio"/>			
weniger als 1/2 Std. <input type="radio"/>		1-2 Std. <input type="radio"/>	
mehr als 2 Std. <input type="radio"/>			

Autismusfragebogen (M-chat (Kurzfassung))

	Ja	Nein
Zeigt Ihr Kind Interesse an anderen Kindern?		
Hat Ihr Kind jemals den Zeigefinger benutzt, um auf etwas zu zeigen oder um Interesse für etwas zu bekunden?		
Bringt Ihr Kind Ihnen jemals Dinge, um Ihnen etwas zu zeigen?		
Imitiert Sie Ihr Kind? (z. B. wenn Sie eine Grimasse schneiden)		
Reagiert Ihr Kind auf seinen Namen, wenn Sie es rufen?		
Wenn Sie auf ein Spielzeug am anderen Ende des Zimmers zeigen, schaut Ihr Kind es dann an?		