

U7a - Elternfragebogen



Vorname des Kindes	Geburtsdatum
Name des Kindes	aktuelles Datum

	Ja	Nein
1. Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum? Was ist Ihnen aufgefallen?		
Gibt es Ereignisse, die die Entwicklung Ihres Kindes beeinträchtigen?		
2. Sind Sie mit dem Verhalten Ihres Kindes zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		
3. Sind Sie mit dem Essverhalten Ihres Kindes zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		
4. Ist die Zusammensetzung der Familie unverändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein, was hat sich verändert?		
5. Geht es der Familie gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein, weshalb nicht?		

bitte nächste Seite →

Name des Kindes

Geb.

aktuelles Datum

Ja Nein

	Ja	Nein
<u>Grobmotorik</u>		
6. Kann es 2-3 Stufen im Erwachsenenschritt (Wechselschritt) hinauf und hinunter gehen, wenn es sich festhalten kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Feinmotorik</u>		
7. Kann es ein Blatt Papier mit beiden Händen zerreißen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Expressive Sprache</u>		
8. Spricht es erste 4-Wortsätze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Rezeptive Sprache</u>		
9. Liebt es das gemeinsame Betrachten von Kinderbüchern, wenn Sie dazu erzählen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Perzeption</u>		
10. Spielt es intensiv mit Autos oder Puppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Sozial-emotional</u>		
11. Gehorcht es, wenn Sie es wirklich wollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Spielt es mit gleichaltrigen Kindern, redet es dabei, werden dabei Spielsachen ausgetauscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kann es sich leicht von der Mutter trennen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Beteiligt es sich an häuslichen Tätigkeiten und will mithelfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Verhalten</u>		
15. Akzeptiert es Veränderungen in seinem Zimmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Kann es Zärtlichkeiten genießen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hat es nur selten Wutanfälle (weniger als 1x/Tag), ist es daheim meist gehorsam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Schlafen</u>		
18. Braucht Ihr Kind meist weniger als 1 Stunde zum Einschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Schläft es oft durch und, wenn es aufwacht, liegt es weniger als 1 Stunde wach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Selbständigkeit</u>		
20. Kann es selbständig mit Gabel und Löffel essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Danke