

Elternfragebogen zur U6

Liebe Eltern,

im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen wird die körperliche und psychische Entwicklung Ihres Kindes untersucht. Bitte helfen Sie uns bei der Einschätzung Ihres Kindes und beantworten Sie die nachfolgenden Fragen und notieren Sie ggf. spezielle Fragen und Probleme auf der Rückseite.

Kind: _____

	Name	Vorname	Geburtsdatum
Kann Ihr einjähriges Kind ...			
Ja	... sich allein hinsetzen und ohne Unterstützung sitzen?		Nein
Ja	... robben oder krabbeln?		Nein
Ja	... eine Stufe hochkrabbeln?		Nein
Ja	... sich selbst in den Stand hochziehen (z. B. an einem Stuhl oder Laufstall) und einige Sekunden lang stehen bleiben?		Nein
Ja	... einige Schritte an Möbeln entlanglaufen (z. B. seitlich, indem es sich mit zwei Händen festhält)?		Nein
Ja	... ein Spielzeug an einer Schnur hinter sich herziehen?		Nein
Ja	... beim Anziehen durch eigene Bewegungen helfen?		Nein
Ja	... sich die geöffneten Schuhe selbst ausziehen?		Nein
Ja	... sich eine Mütze vom Kopf ziehen?		Nein
Ja	... sich einen Armreif vom Arm ziehen?		Nein
Ja	... Spielzeug von der einen Hand in die andere wechseln?		Nein
Ja	... einen Deckel auf eine Dose legen?		Nein
Ja	... von 2 Baubechern den kleineren in den größeren stecken?		Nein
Ja	... einen Knopf (oder anderen kleinen Gegenstand) mit gebeugtem Daumen und Zeigefinger aufheben?		Nein
Ja	... Papier und Zeitung zerreißen?		Nein
Ja	... flüchtige Punkte und Striche auf Papier zeichnen, ohne dass die Hand geführt wird?		Nein
Ja	... mit Hilfe aus dem Becher trinken?		Nein
	... sich allein Brotstücke oder Kekse nehmen und sie aufessen?		Nein
Ja	... Geräusche nachahmen (Schnalzlaut, Lippenvibrieren)?		Nein
Ja	... mit dem Finger auf etwas zeigen (z. B. auf ein Spielzeug, was es haben möchte)?		Nein
Ja	... Wünsche durch bestimmte Laute äußern?		Nein
Ja	... einfache Doppelsilben sprechen, ohne Bedeutung: „Ma-ma“, „Ba-ba“, „Da-da“?		Nein
Ja	... Doppel- oder Einzelsilben mit Bedeutung sprechen, z. B. „Ham-ham“ für Essen, „brr“ für Auto?		Nein
Ja	Werden „Mama“ oder „Papa“ korrekt und gezielt verwendet?		Nein
Ja	... 2 sinnvolle Worte sprechen?		Nein
Ja	... Aufforderungen durch Protest ablehnen (z. B. Protestschrei/Weinen)?		Nein
Ja	... sich gut allein beschäftigen ohne Anwesenheit der Mutter?		Nein
Ja	Reagiert Ihr Kind auf Verbote „nein, nein“ bzw. Lob?		Nein
Ja	Benimmt Ihr Kind sich bei bekannten und fremden Personen unterschiedlich?		Nein
Ja	Zeigt Ihr Kind Interesse am Spielzeug und befühlt und betrachtet es Einzelheiten des Spielzeuges?		Nein
Ja	Liebkost Ihr Kind eine Puppe oder ein Stofftier?		Nein
Ja	Spielt Ihr Kind mit jemand anderem Ball, indem es den Ball zurollt?		Nein

Nein	Ist es ständig unruhig und unzufrieden?	Ja
Nein	Schreit es heftig, sobald ihm etwas nicht passt?	Ja
Nein	Schreit und kämpft es häufig beim Anziehen und Wickeln?	Ja
Nein	Setzt Sie sein Schreien stark unter Druck?	Ja
Nein	Fordert es ständig Aufmerksamkeit und Unterhaltung?	Ja
Nein	Kann Ihr Kind sich nicht allein beschäftigen, hat keine Lust zu spielen und langweilt sich rasch?	Ja
Nein	Reagiert es extrem ängstlich auf alles Neue, wie z. B. eine fremde Umgebung/ Person oder neues Spielzeug?	Ja
Nein	Braucht Ihr Kind mehr als 30 Min. zum Einschlafen?	Ja
Nein	Wacht Ihr Kind nachts mehr als 2-mal schreiend auf und verlangt vielerlei Einschlafhilfen?	Ja
Nein	Ist Ihr Kind ständig müde, überreizt, unausgeschlafen?	Ja
Wie wird Ihr Kind ernährt? O Milch/ Breinahrung(☐ Gemüsebreie, ☐ Fleischbreie: ☐ Rind 2 x pro Woche, ☐ Geflügel 3-4x pro Woche, ☐ Getreidebreie, ☐ Obstbreie) O Familienessen (kaut auch etwas Festeres)? O nur Muttermilch bzw. O nur Pre-Milch O verweigert Brei		
Kostform: O Vollkost O Vegetarisch O vegan O andere:		
Nein	Sind die Mahlzeiten mühsam und langwierig? (länger als 45 Min.)	Ja
Nein	Isst Ihr Kind nur mit Ablenkung?	Ja
Nein	Ist Ihr Kind trinkfaul, trinkt häufig nur mit Druck oder Zwang?	Ja
Nein	Wehrt Ihr Kind Füttern mit dem Löffel ab?	Ja
Ja	Hat Ihr Kind einmal oder mehrmals täglich schmerz- und angstfrei normal geformten, weichen Stuhlgang?	Nein
Nein	Schläft Ihr Kind in einem separaten Raum?	Ja
Nein	Sieht Ihr Kind fern, oder nutzt andere digitale Geräte, wie Tablet oder Handy? Wenn Ja, wie oft und wie lange?	Ja
Nein	Trägt mindestens ein Elternteil/Geschwisterkind eine Brille? Wenn ja: O Mama O Papa O Geschwister	Ja
Nein	Hatte Ihr Kind schon einmal einen Krampfanfall; Probleme beim Wasserlassen; eine Operation oder Vorerkrankungen, hat es abnorme Stühle oder Verstopfungen; Schwierigkeiten beim Schlucken/Trinken/Füttern, schreit Ihr Kind schrill oder kraftlos beziehungsweise sind Sie sonst in irgendeiner Weise besorgt um die Entwicklung Ihres Kindes? Wenn "Ja":	Ja
Wie ist die aktuelle Betreuungssituation? O Kita/ Tagesmutter/Tagesvater? O noch zu Hause? • Kita geplant? Wenn Ja, ab wann? O andere Betreuung:		

Familiäre Situation:

	Fast nie	Häufig	Fast immer	hier wünsche ich Beratung
Fühlen Sie sich mit Ihren Sorgen allein gelassen und sozial isoliert?				
Bräuchten Sie mehr Unterstützung durch Familie/Freundeskreis?				
Finden Sie genug Zeit zum Duschen und Essen?				
Haben Sie das Gefühl,... ... dass Ihre Nerven blank liegen?				
... dass Sie keinen Zugang zu Ihrem Kind finden?				
... dass Sie als Mutter/Vater versagen?				
... Sie könnten mit Ihrem Kind nirgendwo hin gehen?				
Plagen Sie Ängste, dass Ihrem Kind etwas zustoßen könnte?				
Belasten die Probleme die Partnerschaft?				