



Elternfragebogen U6

Liebe Eltern, bitte füllen Sie den Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung aus. Dies hilft uns in der knapp bemessenen Zeit auf eventuell bestehende Probleme oder Fragen besser einzugehen. Vielen Dank!

Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Nimmt Ihr Kind an Ihren Mahlzeiten teil? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Führt Ihr Kind Essen eigenständig zum Mund? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Kann Ihr Kind die Flasche oder Tasse alleine halten? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Treten Schluck- oder Verdauungsprobleme auf? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Reagiert Ihr Kind auf leise Geräusche? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Verwendet Ihr Kind einzelne Silben/-ketten oder bereits erste Worte? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Ahmt Ihr Kind Laute nach? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Kann sich Ihr Kind mit Spielzeug beschäftigen? Klopft es 2 Würfel aneinander? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Greift Ihr Kind kleine Gegenstände zwischen Daumen und gestrecktem Zeigefinger? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Gibt Ihr Kind Ihnen nach Aufforderung einen Gegenstand? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Verfolgt es den Zeigefinger in die gezeigte Richtung? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Kann sich Ihr Kind mit geradem Rücken & sicherer Gleichgewichtskontrolle hinsetzen? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Robbt oder krabbelt Ihr Kind? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Zieht sich Ihr Kind an Gegenständen hoch und bleibt für wenige Sekunden stehen? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Kann Ihr Kind zwischen fremden und bekannten Personen unterscheiden? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Freut es sich über andere Kinder? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Reagiert es auf Verbote mit Weinen oder Innehalten? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Wirkt Ihr Kind ausgeglichen und zufrieden? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Hat Ihr Kind einen altersentsprechenden Schlafrhythmus? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Wird eine Vitamin-D-Prophylaxe durchgeführt? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Wird eine Kariesprophylaxe (Mundhygiene, Fluorid-Gabe) durchgeführt? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Gibt es Themen/Probleme, die Sie besprechen möchten? | ☐ Ja | ☐ Nein |

Datum _____ Unterschrift _____