

## Elternfragebogen zur U8

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?  Ja  Nein

Gibt es Schwierigkeiten / Auffälligkeiten aus Ihrer Sicht?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie wird Ihr Kind tagsüber betreut?

Eltern  Großeltern  Kindereinrichtung  Tagesmutter  andere

Gibt es Besonderheiten im Kindergarten?  Nein  Ja

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind Sie mit dem Essverhalten Ihres Kindes zufrieden?  Ja  Nein

Werden bestimmte Lebensmittel gemieden?  Nein  Ja

Klappt der Stuhlgang Ihres Kindes ohne Schwierigkeiten?  Ja  Nein

Trägt Ihr Kind tagsüber eine Windel?  Nein  Ja

Trägt Ihr Kind nachts eine Windel?  Nein  Ja

Ist die Zusammensetzung Ihrer Familie unverändert?  Ja  Nein

Geht es Ihnen und Ihrer Familie gut?  Ja  Nein

Bildschirmzeit (Fernsehen, Tablet, Smartphone, ...) pro Tag?

gar nicht  weniger ½ Stunde  O mehr als 1 Stunde  O mehr als 2 Stunden

### Fragen zur Hörfähigkeit Ihres Kindes:

Hatte Ihr Kind seit der U7a Mittelohrentzündungen?  Nein  Ja

Spricht es alle Buchstaben fehlerfrei aus?  Ja  Nein

Zeigt Ihr Kind Interesse an Gesprächen in seiner Umgebung?  Ja  Nein

Kann Ihr Kind Sie im Auto verstehen?  Ja  Nein

Versteht Ihr Kind Flüstersprache aus einigen Metern Entfernung?  Ja  Nein

Fragt Ihr Kind Sie nach unbekanntem Geräuschen?  Ja  Nein

Hört Ihr Kind das Telefonklingeln und das Türklingeln?  Ja  Nein

Kann Ihr Kind telefonieren?  Ja  Nein

Kann Ihr Kind leiser spielen, wenn es dazu aufgefordert wird?  Ja  Nein

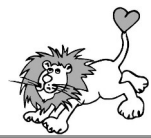
Missversteht Ihr Kind häufig Anweisungen?  Nein  Ja

Lässt seine Konzentration beim Zuhören schnell nach?  Nein  Ja

Spielt Ihr Kind lieber alleine?  Nein  Ja

Müssen Sie Radio und Fernseher lauter drehen, damit das Kind es hört?  Nein  Ja

Erkennt Ihr Kind bekannte Geräusche?  Ja  Nein



Haben Sie manchmal den Eindruck, Ihr Kind versteht Sie nicht gut?

Nein  Ja

Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes:

Mein Kind kann im Wechselschritt Treppen steigen

Ja  Nein

Mein Kind hüpfert sicher mit beiden Beinen gleichzeitig eine kurze Strecke (30-50 cm) nach vorne,  
es kann dabei das Gleichgewicht gut halten

Ja  Nein  
 Ja  Nein

Mein Kind fährt mit dem Dreirad oder Laufrad (oder einem ähnlichen Fahrzeug) um Hindernisse herum,  
es tritt und lenkt gleichzeitig

Ja  Nein  
 Ja  Nein

Mein Kind hält den Stift richtig zwischen den ersten 3 Fingern

Ja  Nein

Mein Kind zieht sich alleine an

Ja  Nein

Mein Kind verwendet das Wort „Ich“ richtig

Ja  Nein

Mein Kind fragt „Warum – Wie – Wo – Wieso – Woher“

Ja  Nein

Mein Kind möchte im Haushalt mithelfen  
und ahmt die Tätigkeiten Erwachsener im Rollenspiel mit anderen Kindern nach

Ja  Nein  
 Ja  Nein

Mein Kind hört beim Vorlesen genau zu

Ja  Nein

Mein Kind spielt intensive „Als-ob-Spiele“ (z. B. Stock wird zum Schwert,  
Puppen werden gefüttert)

Ja  Nein

Mein Kind versteht Spielregeln und dass beim Spielen auch andere an der Reihe sind

Ja  Nein

Mein Kind ist bereit zu teilen

Ja  Nein

\_\_\_\_\_ / 15

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

Ausgefüllt von: \_\_\_\_\_