



Name: _____ Geb.: _____

Gab es bei der U7a bei Ihrem Kind:	Nein	Ja
Ernste Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere oder häufige Infekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarcht ihr Kind häufig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie zufrieden mit der Sprachentwicklung ihres Kindes?		
Wird ihr Kind von anderen gut verstanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stottert ihr Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten oder fluoridhaltiges Mineralwasser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen Sie für ihr Kind schon Zahnpasta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird ihr Kind noch ganztags von Ihnen betreut?		
Wenn nein: wo wird es betreut?		
Gibt es besondere Belastungen in Ihrer Familie?		
Wenn ja: Welche?		
Entwicklung:		
Kann ihr Kind mit einem Laufrad fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann es sechs Wörter zu einem Satz verbinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann es Geschichten in zeitlichem und logischem Verlauf nacherzählen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fragt es "warum, wie, wo, wieso, woher"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann es sich selbst an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann es Wasser oder Saft in ein Glas oder eine Tasse eingießen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat seine Gefühle im Griff?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielt es mit Gleichaltrigen, auch Rollenspiele hält es Spielregeln ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausgefüllt von: Mutter Vater oder _____ am _____ (Datum)

Fragebogen U8

**Bitte füllen Sie auch die
Rückseite aus.
Vielen Dank für Ihre Hilfe.**

Hier können Sie Ihre Fragen oder Notizen eintragen:



Noch einmal die gleichen Fragen wie vor einem Jahr -
Sie entscheiden, was Sie beantworten.

Mein Kind ...

Stimmt
nicht Stimmt

Kann mindestens dreimal pro Woche schlecht einschlafen (liegt mindestens 1 Stunde wach)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wacht es mindestens einmal pro Nacht auf und liegt dann mindestens 1 Stunde wach	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Schläft nachts mit dem Elternbett, obwohl wir das nicht gerne sehen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hat meistens nur wenig Appetit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ist untergewichtig	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ist extrem wählerisch beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Klagt bei Aufregungen häufig über Bauchschmerzen ...	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Kann wegen dieser Bauchschmerzen nicht wie sonst spielen oder seine Freunde besuchen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Klagt mehrmals pro Woche über Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Kann wegen dieser Kopfschmerzen nicht wie sonst spielen oder seine Freunde besuchen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hat Migräne	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hat Asthma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hat Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Stottert	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nässt mindestens einmal pro Woche ein	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kotet mindestens einmal pro Monat ein	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hat manchmal nervöse Zuckungen (z.Bsp.: Blinzeltick, Zwinkertick, Räuspertick)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kaut Fingernägel...	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- hat deswegen häufig blutende Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kann sich sehr schlecht von der Mutter trennen ...	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- hat deswegen auch im Kindergarten Probleme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hat panische Angst	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- vor fremden Menschen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- vor Blitz, Donner, Dunkelheit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Mein Kind ...

Stimmt
nicht Stimmt

Ist mehrmals im Monat traurig, weinerlich ...	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ist nur schwer, auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ist zu Hause beim Spielen leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ist im Kindergarten sehr leicht Ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ist zu Hause, (z.Bsp.: beim Essen) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ist beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rennt, ohne zu schauen, auf die Straße	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hat täglich einen Wutanfall	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ist zu Hause ständig Ungehorsam	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ist im Kindergarten häufig Ungehorsam	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hat Spaß daran, Dinge, die ihm nicht gehören, zu zerstören	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Quält manchmal Tiere	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prügelt sich häufig mit anderen Kindern ...	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- hat daher häufiger blaue Flecken und kleinere Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hat Angst vor fremden Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hat Angst vor fremden, gleichaltrigen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nimmt auf dem Spielplatz zu fremden Kindern keinen Kontakt auf	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Geht schon nach kurzer Zeit mit fremden Personen überallhin mit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Weigert sich oft, mit fremden Erwachsenen zu sprechen, auch wenn es etwas gefragt wird	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sucht bei seinen Eltern keinen Trost, wenn es sich wehgetan hat	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kommt nicht zu seinen Eltern, wenn es Angst hat	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ist noch sehr unselbstständig, kann sich schlecht selbst beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hängt am Rockzipfel der Mutter, will nichts allein machen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Reagiert mit panische Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Streitet sich jeden Tag mit seinen Geschwistern	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kann mit seinen Geschwistern nicht friedlich zusammen spielen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ist in höchstem Maße eifersüchtig auf seine Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Ausgefüllt von: Mutter Vater oder _____ am _____ (Datum)