



Name: _____ Geb.: _____

| Gab es seit der U8 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"/> |
| Hört Ihr Kind gut? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schnarcht Ihr Kind häufig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wird ihr Kind von anderen gut verstanden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stottert ihr Kind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bekommt es Fluoridtabletten oder fluoridhaltiges Mineralwasser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Benutzt die Kind schon Zahnpasta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wo wird ihr Kind tagsüber betreut? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| Gibt es besondere Belastungen in der Familie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja: welche? | | |
| | | |
| Entwicklung: | | |
| Kann ihr Kind Treppen im Erwachsenenschritt rauf- runterlaufen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kann es Geschichten in zeitlichem und logischem Verlauf nacherzählen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kann es sich mit anderen Kindern im Spiel abwechseln? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist es bereit, mit anderen zu teilen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat es seine Gefühle im Griff? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kann es mit Enttäuschungen umgehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lädt ihr Kind andere Kinder zu sich ein und wird es eingeladen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verkleidet es sich, auch als Tier, Ritter, Pirat... ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Fragebogen U9

**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)