

Elternfragebogen zur U5

Name des Kindes:

geboren:

E-Mail:

Telefonnummer:

Datum, an dem der Bogen ausgefüllt wurde:

Bogen ausgefüllt von:

Bitte Zutreffendes Ankreuzen:

Mein Kind.....

- bewegt – wach auf dem Rücken liegend – beide Arme und Beine gleich gut
- steckt Spielzeug oder Essbares in den Mund
- wendet Kopf und Körper nach attraktiven und bekannten Geräuschen.
- erschrickt bei lauten, plötzlichen Geräuschen.
- „antwortet“ mir mit verschiedenen Tönen und Lauten, wenn ich mit ihm spreche.
- Sucht von sich aus Blickkontakt mit mir und lacht mich dabei an.

Ja

Nein

Hält Ihr Kind die Hände oft gefaustet?

Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind schielt?

Isst Ihr Kind vom Löffel?

Gibt es Probleme beim Füttern?

Wenn ja, welche?

Zeigt Ihr Kind, wenn es hungrig oder satt ist?

Schreit Ihr Kind oft ohne Grund?

Benötigt Ihr Kind abends und nachts über die Maßen Ihre Hilfe beim Einschlafen?

Fühlen sie sich häufig überfordert und ausgelaugt?

Gibt es außer Ihnen andere wichtige Betreuungspersonen?



Darüber freue ich mich besonders:

Das macht mir Sorgen:

Meine Fragen: