

# Fragebogen zur U5



Name, Vorname:

Geburtsdatum:

ausgefüllt am:

von:

Gab oder gibt es bei Ihrem Kind bisher....	ja	nein
schwerwiegende Erkrankungen, Operationen, Krampfanfälle?		
ungewöhnlich schwere oder häufige Infektionen?		
Schwierigkeiten beim Trinken, Füttern oder Schluckstörungen?		
auffälliges Essverhalten?		
auffällige Stühle, z.B. Verstopfung?		
auffälliges Schreien?		
Ihr Kind....	nein	ja
ist oft ausgeglichen?		
lässt sich gut beruhigen?		
kann sich in Bauchlage mit gestreckten Armen/Händen abstützen?		
federt mit den Beinen, wenn Sie es hinstellen?		
reagiert auf laute und leise Geräusche durch Drehen des Kopfes zur Schallquelle?		
kann greifen und wechselt Spielzeug zwischen den Händen?		
greift Spielzeuge mit beiden Händen und steckt sie sich in den Mund?		
produziert rhythmische Silbenketten (z.B. ge-ge-ge, mem-mem-mem)?		
Lacht stimmhaft, wenn es geneckt wird?		
benimmt sich unterschiedlich gegenüber Bekannten und Fremden?		
freut sich beim Erscheinen eines anderen Kindes?		
Wie ernähren Sie Ihr Kind?		
Es wird (voll) gestillt. Etwa x/Tag.		
Es erhält zusätzlich ( ) oder ausschließlich ( ) Formulanahrung (Flasche). Etwa x/Tag ml.		
Es bekommt Beikost.		
Erhält es täglich Vitamin D und Fluor?		
Sind Sie zufrieden mit dem Verhalten und der Entwicklung Ihres Kindes?		
Sie fühlen sich gut und haben Unterstützung zu Hause?		
Ist Ihr Kind teilweise in fremder Betreuung (Großeltern, Tagesmutter, Krippe)?		