



Fragebogen zur U6

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?		
regelmäßiges Schnarchen?		
Ihr Kind....	nein	ja
ist oft ausgeglichen?		
lässt sich gut beruhigen?		
schläft gut?		
kann frei mit geradem Rücken und sicherer Gleichgewichtskontrolle sitzen?		
kann sich in den Stand hochziehen und einige Sekunden stehen bleiben?		
kann sich selbständig flüssig von Rückenlage in Bauchlage und zurück drehen?		
reagiert auf laute und leise Geräusche durch Drehen des Kopfes zur Schallquelle?		
kann einen kleinen Gegenstand zwischen Daumen und gestrecktem Zeigefinger greifen?		
kann zwei Klötzchen gegeneinander klopfen?		
produziert längere Silbenketten ?		
produziert Doppelsilben (ba-ba, da-da)		
ahmt Laute nach?		
gibt Ihnen nach Aufforderung einen Gegenstand?		
kann den Zeigefinger in die gezeigte Richtung verfolgen?		
kann alleine aus der Flasche trinken, mit Hilfe aus einem Becher?		
kann zwischen fremden und bekannten Personen unterscheiden?		
freut sich über andere Kinder ?		
Wie ernähren Sie Ihr Kind?		
Es wird noch gestillt. Etwa x/Tag.		
Es erhält 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)?		