

Name: \_\_\_\_\_

## U5 Elternfragebogen

	Ja	Nein
Kann Ihr Kind beidhändig nach Gegenständen greifen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann sich Ihr Kind aktiv vom Rücken auf den Bauch oder umgekehrt drehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkundet Ihr Kind Gegenstände mit den Händen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beobachtet Ihr Kind gezielt Gegenstände und Bewegungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lacht Ihr Kind laut auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lässt sich Ihr Kind durch Zureden beruhigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Füttern Sie Beikost mit dem Löffel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläft Ihr Kind mindestens 6 Stunden durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich durch Partner / Familie / Freunde ausreichend unterstützt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie bereits wieder berufstätig bzw. planen Sie in Kürze den Wiedereinstieg ins Arbeitsleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekommt Ihr Kind täglich Vitamin D + Fluor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>