

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

## U6 Elternfragebogen

	Ja	Nein
Kann Ihr Kind sicher sitzen und sich aus der Sitzposition zu allen Seiten abstützen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind sich alleine zum Stand hochziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macht Ihr Kind erste Schritte an der Hand oder an Möbeln entlang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind kleine Gegenstände ergreifen (z.B. Krümel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind einfache Worte wie „Nein“ oder „Gib mir den Ball“ versteht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagiert Ihr Kind auf die Nennung seines Namens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spricht Ihr Kind einzelne Worte oder Doppellaute (Ma-ma, Pa-pa)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Findet Ihr Kind beim Spiel versteckte Gegenstände wieder bzw. sucht nach ihnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie mögliche Unfallquellen im Blick (z.B. verschluckbare Gegenstände, Tischdecken, Treppen, Lauflernhilfe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind sich zeitweise von Ihnen trennen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläft Ihr Kind nachts durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isst Ihr Kind mit Ihnen am Tisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinkt Ihr Kind andere Flüssigkeiten außer Milch (Wasser/ ungesüßter Tee)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finden Sie neben der Betreuung Ihres Kindes Zeit für eigene Freiräume und Entlastungsmöglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekommt Ihr Kind täglich Vitamin D + Fluor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>