

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

## U7a Elternfragebogen

	Ja	Nein
Kann Ihr Kind eine kleine Stufe oder einen Tritt herunterspringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zieht Ihr Kind sich teilweise selbstständig an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind mehrere Bausteine über- bzw. nebeneinander legen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beteiligt Ihr Kind andere Personen oder Puppen, Figuren etc. an seinem Spiel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind alleine spielen und übernimmt es selbst Rollen beim Spiel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommen Sie selbst mit der neuen Selbstständigkeit Ihres Kindes zurecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelingt es Ihnen, Ihrem Kind deutliche Grenzen zu setzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spricht Ihr Kind Mehrwortsätze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stellt Ihr Kind häufig W-Fragen (Wer/Was/Warum etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt Ihr Kind Ihnen zu verstehen, wenn es Harn- oder Stuhldrang verspürt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Schnuller bzw. Nuckelflasche abgegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sucht Ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind in einer Kinderbetreuung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, fühlt es sich wohl in der Betreuung? Kommt es mit den Betreuern und den anderen Kindern gut zurecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ausreichende Kontrolle über die Beschäftigung Ihres Kindes mit elektronischen Medien (PC, Tablet, Smartphone, TV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist es hierbei immer unter Ihrer Aufsicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind pro Tag mit diesen Medien?		_____