

Fragebogen U7

Kind _____



Machen Sie sich Sorgen, dass Ihr Kind nicht genügend isst ? Ja Nein

Putzen Sie Ihrem Kind regelmäßig mit Fluoridzahnpaste die Zähne ? Ja Nein

Gibt es Probleme mit Verstopfung ? Ja Nein

Kann Ihr Kind ohne Hilfe einschlafen ? Ja Nein

Ist Ihr Kind nachts längere Zeit wach ? Ja Nein

Schnarcht Ihr Kind regelmäßig unabhängig von Infekten? Ja Nein

Kann Ihr Kind sicher schnell laufen und (mit Hilfe) Treppen steigen ? Ja Nein

Schaut Ihr Kind gerne Bilderbücher an ? Ja Nein

Kombiniert Ihr Kind 2 Wörter sinnvoll (z.B. „Mama komm“) Ja Nein

Versteht Ihr Kind einfache Aufforderungen ? Ja Nein

Wird Ihr Kind in einer Kinderkrippe/bei einer Tagesmutter betreut ? Ja Nein

Lässt sich Ihr Kind nach Trotzanfällen schnell beruhigen ? Ja Nein

Kann sich Ihr Kind ein paar Minuten alleine beschäftigen, wenn Sie nicht im Raum sind ? Ja Nein

Fühlen Sie sich in der Erziehung Ihres Kindes z.T. überfordert ? Ja Nein

Gibt es genügend Unterstützung durch Ihr Umfeld ? Ja Nein

Danke für Ihre Mithilfe !