

# Fragebogen U8



**Kind** \_\_\_\_\_

*Klagt Ihr Kind mehrfach pro Monat über Bauchschmerzen oder Kopfschmerzen ?* **Ja** **Nein**

---

*Leidet Ihr Kind an Verstopfung ?* **Ja** **Nein**

---

*Nässt Ihr Kind tagsüber häufig ein ?* **Ja** **Nein**

---

*Kann Ihr Kind nachts durchschlafen ?* **Ja** **Nein**

---

*Schnarcht Ihr Kind (unabhängig von Infekten) ?* **Ja** **Nein**

---

*Geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten ?* **Ja** **Nein**

---

*Ist Ihr Kind beim Spielen die meiste Zeit leicht ablenkbar oder unkonzentriert ?* **Ja** **Nein**

---

*Spielt Ihr Kind mit anderen Kindern Rollenspiele  
(Vater-Mutter-Kind; Cowboy-Indianer) ?* **Ja** **Nein**

---

*Ist Ihr Kind häufig aggressiv gegenüber Ihnen oder anderen Kindern ?* **Ja** **Nein**

---

*Erzählt Ihr Kind Erlebnisse in weitgehend richtiger zeitlicher und logischer  
Reihenfolge ?* **Ja** **Nein**

---

*Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind deutlich weniger oder undeutlicher  
spricht als andere Kinder seines Alters ?* **Ja** **Nein**

---

*Kann sich Ihr Kind weitgehend selbstständig aus- und anziehen ?* **Ja** **Nein**

---

*Kann Ihr Kind sicher Laufrad fahren und Treppen im Wechselschritt steigen ohne  
sich festzuhalten ?* **Ja** **Nein**

---

*War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?* **Ja** **Nein**

---

*War Ihr Kind schon einmal beim Augenarzt ?* **Ja** **Nein**

---

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe !**