

Fragebogen U9



Kind _____

<i>Klagt Ihr Kind mehrfach pro Monat über Bauchschmerzen oder Kopfschmerzen ?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
<i>Gibt es irgendwelche anderen körperlichen Beschwerden die mehrfach pro Monat auftreten ?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
<i>Braucht Ihr Kind nachts noch eine Windel ?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
<i>Nässt Ihr Kind tagsüber teilweise ein ?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
<i>Kann Ihr Kind nachts durchschlafen ?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
<i>Schnarcht Ihr Kind (unabhängig von Infekten) ?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
<i>Ist Ihr Kind beim Spielen die meiste Zeit leicht ablenkbar oder unkonzentriert ?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
<i>Spielt Ihr Kind mit anderen Kindern Rollenspiele (Vater-Mutter-Kind; Cowboy-Indianer) ?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
<i>Lädt Ihr Kind andere Kinder zu sich ein? Hat es Freunde ?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
<i>Erzählt Ihr Kind Erlebnisse in richtiger zeitlicher und logischer Reihenfolge ?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
<i>Kann Ihr Kind ohne Stützen Fahrrad fahren ?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
<i>Hat Ihr Kind Schwierigkeiten auf einem Bein zu hüpfen ?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
<i>Kann Ihr Kind einen zugeworfenen Ball fangen ?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
<i>Kann sich Ihr Kind selbstständig aus- und anziehen ?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
<i>Kann sich Ihr Kind selbst ein Brot schmieren und kann es mit Messer und Gabel essen ?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
<i>War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt ?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
<i>War Ihr Kind schon einmal beim Augenarzt ?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>

Danke für Ihre Mithilfe !