



Testfragen für ihr Kind zur U7

Name/Vorname des Kindes	
Geburtsdatum	
Ausgefüllt am	
Ausgefüllt von	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> _____

Liebe Eltern,
um uns besser auf die folgende Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes einstellen zu können, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

		JA	NEIN
1.	Stößt Ihr Kind aus dem Stand den Ball mit dem Fuß fort, ohne sich dabei festzuhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Geht es ohne Hilfe die Treppen hinauf und hinunter? (wobei es sich mit einer Hand festhalten darf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Wirft es den Ball über den eigenen Kopf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Kann es große Perlen auffädeln oder Legosteine ineinander setzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Kann es eine Dose aufschrauben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Malt es auf Aufforderung abgesetzte Striche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Nennt es seinen Vornamen auf befragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Setzt Ihr Kind zwei Worte nebeneinander? (Papa arbeiten, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Hört Ihr Kind beschriebene Zusammenhänge im Bilderbuch interessiert zu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Holt es den Ball oder andere Gegenstände auf Aufforderung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Erkennt es Bilder im Bilderbuch wieder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Hilft es beim Aufräumen der Spielsachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Ahmt es leichte häusliche Tätigkeiten nach? (z.B. Staubsaugen, Wischen, Fegen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Ist Ihr Kind tagsüber sauber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ist Ihr Kind nachts sauber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Spielt es alleine und selbstständig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Spielt es mit anderen Kindern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Beobachtet es das Spielen anderer Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Schläft Ihr Kind mit offenem Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Schnarcht ihr Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Kann Ihr Kind gut hören? (z.B. wenn Sie es aus einem anderen Zimmer besonders laut rufen, Hört es ein Flugzeug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Kann Ihr Kind gut sehen? (In der Nähe z.B. kleine Flusen auf dem Teppich, in der Ferne Flugzeuge oder Vögel?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name/Vorname des Kindes	
Geburtsdatum	

Mannheimer Elternfragebogen MEF

	Mein Kind ...	JA	NEIN
9.	... kann mindestens dreimal pro Woche schlecht einschlafen (liegt mindestens 1 Stunde wach).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	... wacht mindestens einmal pro Nacht auf und liegt dann mindestens eine Stunde wach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	... schläft nachts mit im Elternbett, obwohl wir das nicht gern sehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	... hat meistens nur wenig Appetit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	... ist untergewichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	... ist extrem wählerisch beim Essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	... kann sich schlecht von der Mutter trennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Dabei kommt es zu langem Schreien oder Weinen (mind. eine Viertelstunde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	... hat vor vielen Dingen panische Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	... ist überaus schreckhaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	... ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	... ist mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	... scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	... hat täglich einen Wutanfall.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	... ist zu Hause ständig ungehorsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	... zerstört häufig Gegenstände.		
25.	... hat große Angst vor fremden Erwachsenen		
26.	... spricht fast jede fremde Person an.		
27.	... geht schon nach kurzer Zeit mit fremder Person überall mit.		
28.	... wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen. ¹		
29.	... reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird.		
30.	... ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht)		
31.	... ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich		

Zutreffendes bitte ankreuzen