



Testfragen für ihr Kind zur U6

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.	Steht ihr Kind alleine mit festhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Läuft es seitwärts an den Möbeln entlang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Läuft es vorwärts, wenn es an den Händen gehalten wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Läuft es, wenn es nur an einer Hand gehalten wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Kann ihr Kind auch schon alleine laufen? Wenn JA , seit wann: _____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Schlägt das Kind zwei Klötzchen aneinander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Greift es kleine Gegenstände mit Daumen und Zeigefinger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Bohrt es mit dem Zeigefinger in Öffnungen und Löchern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Kann es eine Lochscheibe auf einen Stab stecken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Zieht das Kind eine Süßigkeit, die vor ihm auf einem Karton liegt, zu sich heran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Isst es schon selbstständig einen Keks aus der Hand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Trinkt das Kind alleine aus der Tasse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Kann es auf Mamas Nase zeigen, wenn es dazu aufgefordert wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Wie viele Zähne hat das Kind?	_____	
15.	Kennt es eine Anzahl von wichtigen Umweltgeräuschen (z.B. Auto, Kirchturmglöcke, Hupe, Staubsauger, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Imitiert es Gebärden und Bewegungen (Winke-Winke, Wie groß ist das Kind?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Wie reagiert es auf Spielkameraden?		
18.	Welche Wörter spricht es?		

Name/Vorname des Kindes	
Geburtsdatum	

	Mein Kind ...	JA	NEIN
9.	... ist ständig unruhig und unzufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	... schreit heftig, sobald ihm etwas nicht passt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	... wehrt sich gegen Einschlafen, braucht trotz Einschlafhilfen extrem lang (>30min) zum Einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	... ist ständig müde, überreizt, unausgeschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	... wacht nachts mehr als zweimal schreiend auf und verlangt vielerlei Einschlafhilfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	... fordert ständige Aufmerksamkeit und Unterhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	... kann sich nicht alleine beschäftigen, hat keine Lust zu spielen. Spielzeuge sind rasch langweilig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	... schreit und kämpft beim anziehen und Wickeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	... ist auffallend ernst, lächelt nur die anderen an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	... vermeidet Blickkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Die Mahlzeiten sind mühsam und langwierig (>45min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	... isst / trinkt nur mit Druck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	... isst nur mit Ablenkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	... reagiert extrem ängstlich auf alles Neue, fremde Umgebung, fremde Personen, neues Spielzeug.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	... schreit panisch, sobald ich aus dem Zimmer gehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiäre Situation			
24.	In meiner Familie gibt es niemanden, der mich wenigstens stundenweise entlastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Ich fühle mich sozial isoliert und mit meinen Sorgen allein gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Die Nerven liegen blank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Mein Baby ist mir im Wesen fremd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Ich habe Angst, als Mutter zu versagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Ich plage mich mit der Angst, mein Kind sei hyperaktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Die Probleme belasten die Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zutreffendes bitte ankreuzen