

Elternfragebogen – U7

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Alter: _____

	JA	NEIN
Reagiert Ihr Kind auf laute und leise Töne?		
Schnarcht Ihr Kind regelmäßig?		
Geht Ihr Kind in den Kindergarten/KiTa/zur Tagesmutter?		
Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden?		
Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?		
Versteht und befolgt Ihre Kind einfache Aufforderungen?		
Drückt Ihr Kind durch Gestik und Sprache (Kopfschütteln oder Nein-Sagen) aus, dass es etwas nicht will?		
Kann Ihr Kind längere Zeit frei und sicher gehen?		
Kann Ihr Kind kleine Gegenstände (z.B. Bonbons) auspacken?		
Bleibt und spielt Ihr Kind für 15 min allein in einem Zimmer?		
Kann Ihr Kind mit dem Löffel essen?		
Hat Ihr Kind Interesse an anderen Kindern?		
Versucht Ihr Kind Sie irgendwo ihn zu ziehen?		