

Fragebogen zur U7a



Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Benötigt Ihr Kind regelmäßig (mind. 3x/Woche) länger als eine Stunde

um einzuschlafen? Ja Nein

Ist Ihr Kind sehr wählerisch beim Essen? Ja Nein

Weint oder schreit Ihr Kind mind. 15 Minuten, wenn es von seiner
primären Bezugsperson (Mutter) getrennt wird? Ja Nein

Ist Ihr Kind sehr unruhig, zappelig oder kann es nicht stillsitzen? Ja Nein

Hat Ihr Kind täglich einen Wutanfall? Ja Nein

Beschädigt Ihr Kind häufig absichtlich Gegenstände? Ja Nein

Geht Ihr Kind nach kurzer Zeit mit einer fremden Person mit? Ja Nein

Reagiert Ihr Kind mit panischer Angst, wenn in seinem
Zimmer etwas verändert wird? Ja Nein

Wirkt Ihr Kind häufig abwesend auf Sie (blickt ins Leere,
reagiert überhaupt nicht auf Ansprache)? Ja Nein

Kann Ihr Kind 2-3 Stufen im Wechselschritt hinauf und hinunter gehen
(mit festhalten) und von der letzten Stufe hüpfen? Ja Nein

Spielt, teilt und tauscht Ihr Kind gerne mit Gleichaltrigen? Ja Nein

Spielt ihr Kind Als-Ob-Spiele (füttert Puppe, gießt Tee in Tasse)? Ja Nein

Kann sich Ihr Kind schon an Spielregeln halten? Ja Nein

Hat ihr Kind mindestens 3x/Woche schmerzfrei Stuhlgang? Ja Nein

Worüber freuen Sie sich besonders? _____

Macht Ihnen etwas Sorgen _____

Ihre Fragen: