



U 8

Datum:

Name des Kindes:

Geburtstag:

Liebe Eltern,  
zur Vorbereitung auf die heutige Untersuchung bitten wir Sie den Fragebogen auszufüllen, um die Entwicklung Ihres Kindes besser beurteilen zu können.

- |   |            |                          |           |                          |
|---|------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| 1. Ihr Kind kann Dreirad oder Laufrad fahren  | ja         | <input type="checkbox"/> | nein      | <input type="checkbox"/> |
| 2. Es geht eine Treppe vorwärts rauf und runter, wechselfüßig, d.h. einen Fuß pro Stufe ohne Festhalten                                       | ja         | <input type="checkbox"/> | nein      | <input type="checkbox"/> |
| 3. Es kennt den Wohnort (ggf. Str.-Name, Haus-Nr.)  | ja         | <input type="checkbox"/> | nein      | <input type="checkbox"/> |
| 4. Es gießt Flüssigkeiten aus einer Flasche in ein Glas   | ja         | <input type="checkbox"/> | nein      | <input type="checkbox"/> |
| 5. Es holt sich nach Erlaubnis selber etwas zum Essen oder zum Trinken aus dem (Kühl-)Schrank   | ja         | <input type="checkbox"/> | nein      | <input type="checkbox"/> |
| 6. Es zieht sich allein an  | ohne Hilfe | <input type="checkbox"/> | mit Hilfe | <input type="checkbox"/> |
| 7. Es öffnet Knöpfe   | ja         | <input type="checkbox"/> | nein      | <input type="checkbox"/> |
| 8. Es hat regelmäßig normal geformten Stuhlgang   | ja         | <input type="checkbox"/> | nein      | <input type="checkbox"/> |
| 9. Der Stuhlgang erfolgt auf der Toilette   | ja         | <input type="checkbox"/> | nein      | <input type="checkbox"/> |
| 10. Tagsüber ist Ihr Kind trocken   | ja         | <input type="checkbox"/> | nein      | <input type="checkbox"/> |
| 11. Es schläft nachts durch   | ja         | <input type="checkbox"/> | nein      | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ihr Kind spricht von sich in der Ich-Form   | ja         | <input type="checkbox"/> | nein      | <input type="checkbox"/> |
| 13. Es besucht einen Kindergarten (Name der Kita?)  | ja         | <input type="checkbox"/> | nein      | <input type="checkbox"/> |
| 14. Bekommt Ihr Kind „Frühförderung“?   | ja         | <input type="checkbox"/> | nein      | <input type="checkbox"/> |
| 15. Es spielt mit anderen Kindern Rollenspiele  | ja         | <input type="checkbox"/> | nein      | <input type="checkbox"/> |
| 16. Es beteiligt sich an Regelspielen   | ja         | <input type="checkbox"/> | nein      | <input type="checkbox"/> |
| 17. Es hat zeitweilig einen besten Freund   | ja         | <input type="checkbox"/> | nein      | <input type="checkbox"/> |
| 18. Es verwendet 6-Wortsätze, wobei die wichtigsten grammatikalischen Strukturen weitgehend beherrscht werden, Fehler im Satzbau sind selten. | ja         | <input type="checkbox"/> | nein      | <input type="checkbox"/> |
| 19. Ihr Kind lädt andere Kinder zu sich ein (wählt also selber gezielt Kinder aus, mit denen es Kontakt haben möchte)                         | ja         | <input type="checkbox"/> | nein      | <input type="checkbox"/> |
| 20. Machen Sie sich über irgendetwas Sorgen bezüglich der Entwicklung Ihres Kindes?   |            |                          |           |                          |

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!