



U5

Name_____ geb._____ Alter_____ Datum: _____

Elternfragebogen

ja nein

Sehen Mutter, Vater und Geschwister Ihres Kindes gut?		
Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?		
Dreht sich Ihr Kind vom Bauch auf den Rücken, oder umgekehrt?		
Greift es nach seinen Zehen und spielt es damit?		
Reagiert es, wenn Sie es rufen?		
Reagiert Ihr Kind auf Musik aus Radio, Fernseher, CD-Player etc.?		
Benutzt es seine Stimme um auf sich aufmerksam zu machen?		
Freut es sich über andere Kinder?		
Können Sie es zum Lachen bringen?		
Beobachtet es auf Ihrem Arm die nähere Umgebung?		
Schreit es nur noch gelegentlich und lässt sich innerhalb von 30 Min beruhigen?		
Braucht es nur selten länger als 30 min zum Einschlafen?		
Lässt es sich problemlos füttern?		
Ist die Zusammensetzung Ihrer Familie unverändert ?		
Geht es Ihnen und Ihrer Familie gut?		
Gibt es jemanden, der Sie wenigstens stundenweise entlasten kann?		