

Fragen & Notizen zur U7

Die Fragen und Notizen helfen Ihnen, sich auf das Gespräch mit Ihrer Kinderärztin oder Ihrem Kinderarzt vorzubereiten. Vielleicht kann Ihr Kind schon das eine oder andere.


Am besten beantworten Sie die Fragen kurz vor dem Gespräch (bitte so ankreuzen).


Mein Kind ...


- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> ... geht sicher und allein. |
| <input type="checkbox"/> ... kritzelt auf Papier, der Malstift wird dabei meist mit der Faust gehalten. |
| <input type="checkbox"/> ... erkennt und benennt Bilder in einem Bilderbuch und betrachtet sie genau. |
| <input type="checkbox"/> ... zeigt in einem Bilderbuch auf ihm bekannte Gegenstände, Tiere, Pflanzen, Tätigkeiten, wenn es danach gefragt wird. |
| <input type="checkbox"/> ... spricht 20 oder mehr "richtige" Wörter, außer Papa und Mama. |
| <input type="checkbox"/> ... versteht kleine Anweisungen, Aufträge, die es kennt ("gib mir bitte ...", "hole bitte ..."). |
| <input type="checkbox"/> ... sucht von sich aus Kontakt zu anderen Kindern. |
| <input type="checkbox"/> ... kann sich für etwa 15–20 Min. selbst beschäftigen, auch wenn ich nicht im selben Raum, aber in der Wohnung bin. |

Sind Sie zufrieden damit, was und wie viel Ihr Kind isst?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Putzen Sie Ihrem Kind nach den Mahlzeiten die Zähne?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zeigt Ihr Kind Probleme beim Ein- oder Durchschlafen? Falls ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Kommen Sie mit den Trotz-/Wutanfällen Ihres Kindes zurecht?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Werden Sie sehr ärgerlich, wenn Ihr Kind nicht hören will?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es außer Ihnen noch andere wichtige Betreuungspersonen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Weiter auf der nächsten Seite

 Darüber freue ich mich besonders:

 Das macht mir Sorgen:

 Meine Fragen:

Wenn Ihr Kind entwicklungsverzögert oder behindert ist:

Welche Fortschritte und neuen Entwicklungen haben Sie bei Ihrem Kind beobachten können?

Haben Sie Kontakt zu Familien in ähnlicher Situation, z.B. über Selbsthilfegruppen? **Ja** **Nein**

Hat Ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern, z. B. in einer Spielgruppe? **Ja** **Nein**