



**TAMIR BIRAN**

FACHARZT FÜR KINDER - UND JUGENDMEDIZIN

KOMPETENT \* FREUNDLICH \* ZUKUNFTSORIENTIERT

## Fragebogen zur U7a

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Geht Ihr Kind in den Kindergarten?	Ja, seit _____ / Nein <input type="checkbox"/>										
Isst Ihr Kind bei Ihnen am Tisch mit?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>										
Isst Ihr Kind mit Löffel/Gabel?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>										
Trinkt Ihr Kind alleine aus der Tasse?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>										
Ist Ihr Kind tagsüber sauber?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>										
Ist Ihr Kind nachts sauber?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>										
Zieht sich Ihr Kind beim Toilettengang alleine die Unterhose hoch und runter?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>										
Bleibt Ihr Kind alleine bei bekannten Personen?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>										
Kann Ihr Kind um Gegenstände rennen und plötzlich stoppen ohne das Gleichgewicht zu verlieren?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>										
Hüpft Ihr Kind beidfüßig Stufen hinunter?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>										
Übernimmt Ihr Kind die Elternrolle in seinem Spiel?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>										
Wie viele Wörter enthalten die Sätze Ihres Kindes?											
<table><tr><td>&lt;2</td><td>3-4</td><td>5-6</td><td>7&gt;</td><td>Wortsätze</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr></table>	<2	3-4	5-6	7>	Wortsätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<2	3-4	5-6	7>	Wortsätze							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Sagt Ihr Kind seinen Vor- / Rufnamen?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>										
Weiter auf der Rückseite →											



## TAMIR BIRAN

FACHARZT FÜR KINDER - UND JUGENDMEDIZIN

KOMPETENT \* FREUNDLICH \* ZUKUNFTSORIENTIERT

Betrachten sie gemeinsam Bilderbücher?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind Texte und Inhalte einer kleinen Geschichte erklären?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Wie lange schaut Ihr Kind fern? <15 Minuten    15-30 Minuten    30-45 Minuten    >60 Minuten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Sind sie alleinerziehend?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind bei einer Tagesmutter untergebracht?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Geschwister, wenn ja wie viele?	Ja, _____ / Nein <input type="checkbox"/>
Wurde Ihr Kind schon einmal beim Augenarzt vorgestellt?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es Brillenträger in der Familie?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Gib es in Ihrer Familie z.B. Diabetes-, Schilddrüsenerkrankung oder Allergien?	Ja, _____ _____ Nein <input type="checkbox"/>