



TAMIR BIRAN

FACHARZT FÜR KINDER - UND JUGENDMEDIZIN

KOMPETENT * FREUNDLICH * ZUKUNFTSORIENTIERT

Fragebogen zur U8

Name des Kindes: _____

Datum: _____

Geht Ihr Kind in den Kindergarten?	Ja, seit _____ / Nein <input type="checkbox"/>
Treibt Ihr Kind außerhalb des Kindergartens Sport?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Was wie oft /pro Woche	
Was wie oft /pro Woche	
Nimm es an einer Art musikalischen Früherziehung teil?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Zieht sich Ihr Kind allein / unter Anleitung an	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Öffnet Ihr Kind schon große Knöpfe?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Puzzelt es gerne?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Malt es gerne?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Wie lange kann es sich konzentrieren?	
<5 Min <input type="checkbox"/> 5-10 Min <input type="checkbox"/> 10-20 Min <input type="checkbox"/> 20-30 Min <input type="checkbox"/> <30 Min <input type="checkbox"/>	
Nimmt es an Rollenspielen teil?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind kontaktfreudig?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Fährt es Roller?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Fährt es Laufrad?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Fährt es Fahrrad mit Stützräder / ohne Stützräder?	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Weiter auf der Rückseite →	

Dr. Robert-Schelp-Platz 1 66953 Pirmasens

Tel: 06331/73098 Fax: 06331/73099

www.tamir-biran.de tamir.biran@gmail.com



TAMIR BIRAN

FACHARZT FÜR KINDER - UND JUGENDMEDIZIN

KOMPETENT * FREUNDLICH * ZUKUNFTSORIENTIERT

Ist Ihr Kind schon tagsüber sauber?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> Seit wann? _____
Ist Ihr Kind nachts sauber?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> Seit wann? _____
Erkennt Ihr Kind Situationen?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Äußert Ihr Kind Wünsche in der Ich- Form?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Hält sich Ihr Kind an Spielregeln?	Ja <input type="checkbox"/> / 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"/>