

Name: _____ geb. _____		U7	
ausgefüllt am: _____ von: ☐ Mutter ☐ Vater			
KiTa / Tagesmutter: ☐ nein ☐ ja: seit _____, _____ Stunden tägl			
Werden in der Familie andere Sprachen gesprochen, welche: _____			
Wieviel Medienzeit (TV, Tablet, Handy) hat Ihr Kind _____ min. pro Tag			
Hatte Ihr Kind seit der U6 ... ?		NEIN	JA
schwere Erkrankungen / Operationen / Krampfanfälle (bitte ggf. Entsprechendes einkringeln)			
schwere, ungewöhnliche Infektionen			
regelmäßiges Schnarchen			
Sind Sie als Mutter / Vater alleinerziehend			
VORSICHT: AB HIER IST „JA“ UND „NEIN“ VERTAUSCHT ———->>		JA	NEIN
Putzen Sie mind. 2x täglich mit fluoridierter Kinderzahnpaste Ihrem Kind die Zähne			
Gehen Sie 2x jährlich mit Ihrem Kind zum Zahnarzt			
Trinkt Ihr Kind hauptsächlich Wasser / ungezuckerten Tee			
Kann Ihr Kind ... ?			
über längere Zeit frei und sicher gehen (→freies Laufen seit _____ . Lebensmonat)			
rennen			
drei Stufen im Kinderschritt hinunter gehen (mit Festhalten)			
eingewickelte Bonbons / kleine Gegenstände auswickeln oder auspacken			
Gegenstände vom Boden aufheben, ohne sich festzuhalten oder hinzusetzen			
Zweiwortsätze sprechen („Mama Auto“, „Papa da“)			
20-30 verständliche Worte inklusive Kinderworte wie Wauwau sprechen			
einfache Aufforderungen verstehen und befolgen			
durch Gestik (Kopfschütteln) oder Sprache („nein“) Ablehnung ausdrücken			
auf drei benannte Körperteile zeigen oder blicken			
drei Bauklötze oder Becher stapeln			
im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände zeigen			
mit dem Löffel selbst essen			
sich etwa 10 min. allein beschäftigen (z.B. Gegenstände ein- und ausräumen)			
Interesse an anderen Kindern zeigen			
15 min. allein bleiben, wenn Sie in der Nähe aber nicht im Zimmer sind			
Sie irgendwo hinziehen, um sein Interesse an etwas zu zeigen			
im Papp-Bilderbuch einzelne Seiten blättern			
Mit dem Stift in der Faust kritzeln			
(nahezu) täglich normalen Stuhl schmerzfrei absetzen			
Sind Sie im Allgemeinen mit der Entwicklung und dem Verhalten Ihres Kindes zufrieden?			