



Dr. med. J. Wałdźina/Walde

Děčáca lěkarska praksa
Kinderarztpraxis

Elternfragebogen Vorsorgeuntersuchung U7a

Name:

Datum:

	ja	nein
Allgemeines		
geht in den Kindergarten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
verwendet Fluoridzahnpaste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
auffälliges Essverhalten, auffällige Stühle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Operationen, Krankenhausaufenthalte, ungewöhnliche Infektionen seit der letzten Vorstellung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
besondere Belastungen in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sozial-emotionale Kompetenz		
kann sich gut über einige Stunden trennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hilft im Haushalt mit, ahmt nach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kann zuhören und konzentriert Als-ob-Spiele spielen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
spielt gemeinsam mit anderen Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feinmotorik		
kritzelt, malt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
verwendet 3-Finger-Spitzgriff	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
blättert Buchseiten um	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grobmotorik		
geht regelmäßig auf Toilette/Töpfchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rennt mit Armschwung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kann sicher Hindernisse umsteuern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fährt Laufrad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kann von letzter Treppenstufe beidbeinig ab hüpfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
steigt Treppen im Wechselschritt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Dr. med. J. Wałdźina/Walde

Děčaca lěkarska praksa
Kinderarztpraxis

Elternfragebogen Vorsorgeuntersuchung U7a

Name:

Datum:

	ja	nein
Sprache		
bildet 3 – 4 Wort-Sätze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kennt seinen Namen und verwendet ihn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lässt sich Bücher vorlesen und hört zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hört Kinderreime und wünscht Wiederholung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hören		
Schnarcht ihr Kind regelmäßig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Befolgt ihr Kind Aufforderungen, wenn es Sie nicht sieht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann ihr Kind erkennen von wo ein Geräusch kommt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stellt ihr Kind das Radio/den Fernseher oft lauter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>