



Fragebogen Vorsorge U6

Liebe Eltern,

für die heutige U6 - Untersuchung Ihres Kindes haben wir einige Fragen für Sie vorbereitet. Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, alles in Ruhe durchzulesen und kreisen Sie die passende Antwort ein.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe! :)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Haben Sie aktuell Fragen an die Ärztin?

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? ja/nein

Bekommt Ihr Kind **Muttermilch** oder **Flaschennahrung**?

Wieviel ml und wieoft trinkt Ihr Kind? _____

Bekommt Ihr Kind schon Obst/Gemüse-Kartoffel-Fleischbrei? ja/nein

Bekommt Ihr Kind auch schon Essen vom Tisch? ja/nein

Isst und trinkt Ihr Kind **gut/sehr hastig** oder **sehr langsam**?

Interessiert sich Ihr Kind schon für den Löffel? ja/nein

Stößt Ihr Kind gut auf? ja/nein

Erbricht Ihr Kind? ja/nein

Ist der Stuhlgang regelmäßig? ja/nein

Wie ist die Konsistenz des Stuhlganges? **Weich** oder **hart**?

Reagiert Ihr Kind auf Geräusche? ja/nein

Kann Ihr Kind schon gezielte Doppelsilben sagen? (Mama/Papa) ja/nein

Kann Ihr Kind schon ungezielte Doppelsilben sagen? ja/nein

Versteht Ihr Kind wenn Sie was zu Ihm sagen? ja/nein

Krabbelt Ihr Kind? ja/nein

Zieht Ihr Kind sich an Gegenständen hoch? ja/nein

Kann Ihr Kind frei sitzen? ja/nein

Läuft Ihr Kind an Gegenständen entlang? ja/nein

Läuft Ihr Kind frei? ja/nein

Kann Ihr Kind frei stehen? ja/nein

Kann Ihr Kind mit einen Pinzettengriff Dinge aufheben? ja/nein

Wissen Sie schon ab wann Ihr Kind in die Kita gehen soll?

ja/nein

→ **Wenn ja:** ab wann? _____

→ **und** zu welcher Uhrzeit? _____

Geben Sie Vitamin D?

ja/nein

Wenn ja Tabletten oder Tropfen? _____

Haben Sie noch Fieberzäpfchen zuhause?

ja/nein

Gibt es in Ihrer Familie Augenkrankheiten?

ja/nein

Name: _____

