

Fragen & Notizen zur U5

Die Fragen und Notizen helfen Ihnen, sich auf das Gespräch mit Ihrer Kinderärztin oder Ihrem Kinderarzt vorzubereiten. Vielleicht kann Ihr Kind schon das eine oder andere.

Am besten beantworten Sie die Fragen kurz vor dem Gespräch (bitte so ankreuzen).

Mein Kind ...

- ... bewegt – wach auf dem Rücken liegend – beide Arme und Beine gleich gut.
- ... nimmt – auf dem Rücken liegend – ein kleines Spielzeug von einer Hand in die andere.
- ... steckt Spielzeug oder Essbares in den Mund, lutscht und nagt daran herum.
- ... wendet Kopf und Körper nach attraktiven und bekannten Geräuschen.
- ... "antwortet" mir mit verschiedenen Tönen und Lauten, wenn ich mit ihm spreche.
- ... sucht von sich aus Blickkontakt mit mir und lacht mich dabei an.
- ... lacht, gibt verschiedene Laute von sich, strampelt mit Armen und Beinen, wenn wir miteinander vergnügt sind.

Hält Ihr Kind die Hände oft gefaustet?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind schießt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Isst Ihr Kind vom Löffel?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es Probleme beim Füttern? Falls ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zeigt Ihr Kind, wann es hungrig oder satt ist?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schläft Ihr Kind nachts durch (6–8 Std.)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schreit Ihr Kind oft ohne Grund?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Benötigt Ihr Kind abends oder nachts über die Maßen Ihre Hilfe beim Einschlafen? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Weiter auf der nächsten Seite

Ist Ihr Kind häufig unruhig und unzufrieden?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich häufig überfordert und ausgelaugt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es außer Ihnen andere wichtige Betreuungspersonen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

 Darüber freue ich mich besonders:
 Das macht mir Sorgen:
 Meine Fragen:

Wenn Ihr Kind entwicklungsverzögert oder behindert ist:

Welche Fortschritte und neuen Entwicklungen haben Sie bei Ihrem Kind beobachten können?	
Haben Sie Kontakt zu Familien in ähnlicher Situation, z.B. über Selbsthilfegruppen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern, z. B. in einer Krabbel- oder Spielgruppe?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>