

Mein Kind ist gekrabbelt: ja nein

Mein Kind konnte mit ____ Monaten frei laufen.

Wann sprach Ihr Kind die ersten Worte?

Mit ____ Monaten.

Wann sprach Ihr Kind die ersten kleinen Sätze?

Mit ____ Monaten.

Spricht Ihr Kind alle Laute bzw. Buchstaben korrekt aus? ja nein

Welche Sprache wurde in den ersten vier Lebensjahren zu Hause mit dem Kind überwiegend gesprochen?

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? ja nein

Geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten? ja nein

Hat Ihr Kind Freunde und Spielkameraden? ja nein

Ist Ihr Kind häufig unruhig? ja nein

Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen? ja nein

Kann sich Ihr Kind in der Gruppe gut konzentrieren? ja nein

Malt Ihr Kind gerne? ja nein

Kann Ihr Kind geduldig abwarten? ja nein

Kann Ihr Kind schon Fahrrad fahren (ohne Stützräder)? ja nein

Macht Ihr Kind Sport im Verein (z.B. Turnen, Schwimmen, Tanzen, etc.)? ja nein

Hat Ihr Kind einen Fernseher/PC/eine Spielekonsole im Kinderzimmer? ja nein

Macht Ihr Kind Musik (Instrument, Chor, musikalische Früherziehung)? ja nein

Kann Ihr Kind schon schwimmen? ja nein

Wie lange schaut Ihr Kind am Tag Fernsehen oder spielt Handy/Tablet/PC/Spielekonsole? _____ Minuten

Wie oft nässt Ihr Kind nachts noch ein? keinmal jede Nacht jede 2. Nacht 1-2-mal im Monat seltener

Hat oder hatte Ihr Kind Therapie oder Fördermaßnahmen?

ja, und zwar nein, keine Therapie

Krankengymnastik/Psychomotorik _____

Ergotherapie _____

Sprachtherapie/Logopädie _____

Haus früher Hilfen/Frühförderstelle _____

Vorstellung im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) ist erfolgt. Wo? _____ Wann? _____

Gibt es für Ihr Kind sozialrechtliche Hilfen? nein Pflegestufe Behindertenausweis andere

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten gleichzeitig Niesanfällen eine laufende, verstopfte oder juckende Nase und/oder tränende, gerötete, juckende Augen obwohl es **nicht erkältet** war (Heuschnupfen)? ja nein

War Ihr Kind durch diese Beschwerden in den letzten 12 Monaten bei seinen Aktivitäten eingeschränkt?

gar nicht wenig mittelstark stark

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten pfeifende oder keuchende Geräusche beim Atmen? ja nein

Ist Ihr Kind in den letzten 12 Monaten wegen pfeifender oder keuchender Atmung nachts aufgewacht? ja nein

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten pfeifende oder keuchende Atmung während oder nach körperlicher Anstrengung? ja nein

War Ihr Kind durch die Atembeschwerden in den letzten 12 Monaten bei seinen Aktivitäten eingeschränkt?

gar nicht wenig mittelstark stark

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: Vater Mutter _____