

U7a Elternfragebogen

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____

Datum des Ausfüllens: _____



Der Fragebogen bezieht sich auf die letzten 6 Monate. Bitte beantworten Sie die Fragen soweit wie möglich.

Mein Kind.....

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| kann mind. 3x/ Woche schlecht einschlafen? | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| wacht mind. 1x/ Nacht auf und schläft schlecht wieder ein? | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| schläft im Elternbett, obwohl wir das nicht gerne sehen? | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| hat zu wenig Appetit? | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| ist untergewichtig | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| ist extrem wählerisch beim Essen? | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| kann sich schlecht von der Mutter trennen? | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| Dadurch kommt es zu langem Schreien/ Weinen > 15 min? | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| hat panische Angst vor etwas (Blitz, Donner, Dunkelheit etc.)? | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| hat tgl. einen Wutanfall? | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| ist ständig ungehorsam? | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| ist höchst eifersüchtig auf die Geschwister? | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| hat Angst vor Fremden? | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| spricht fast jede fremde Person an? | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| wehrt sich gegen elterliche Zärtlichkeiten? | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| hat panische Angst bei Veränderungen im Kinderzimmer? | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| ist gegenüber Schmerz unempfindlich? | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| ist häufig ohne Kontakt zur Umgebung/ blickt ins Leere? | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |

Anzahl der TV Stunden pro Tag? _____

Erkrankungen in der Familie? _____