

## Fragebogen U6 (10.-12. Lebensmonat)



Dr. med. Norbert Knieß  
Kinder- und Jugendarzt  
Akupunktur

Nürnberger Str. 34  
85055 Ingolstadt  
Tel.: 0841-8819 5500  
www.kinderarzt-kniess-ingolstadt.de

Liebe Eltern,

bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen aus, damit wir wichtige Themen gemeinsam besprechen können.

Familienname d. Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weiblich  männlich

	Ja:	Nein:
Sitzt Ihr Kind frei mit geradem Rücken und sicher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zieht sich Ihr Kind selbst hoch in den Stand und bleibt kurz stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dreht sich Ihr Kind flüssig von der Rücken- in die Bauchlage und wieder zurück?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Greift Ihr Kind Gegenstände zwischen Daumen und (gestrecktem) Zeigefinger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind alleine aus einem Becher trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spricht Ihr Kind Doppelsilben(z.B.da-da, ba-ba)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Kind versteht Aufforderungen der Eltern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benimmt sich Ihr Kind unterschiedlich gegenüber Bekannten und Fremden? Freut sich über Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macht Ihnen etwas in der Entwicklung Sorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es besondere Belastungen in der Familie? Wenn Ja: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Würden Sie sich mehr Hilfe und Unterstützung wünschen (z.B. durch die „Frühen Hilfen“)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>