



Mannheimer Elternfragebogen U8

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Heutiges Datum: _____

Sind Sie mit der Entwicklung ihres Kindes zufrieden? Ja Nein

Ist Ihre Familienzusammensetzung verändert seit der letzten Vorsorge? Ja Nein

Geht es Ihnen und Ihrer Familie gut? Ja Nein

Gibt es Schwierigkeiten/Auffälligkeiten aus Ihrer Sicht? Ja Nein

Falls Ja, welche? _____

Wie wird Ihr Kind tagsüber betreut?

Eltern Großeltern Kindereinrichtung Tagesmutter andere

Gibt es Besonderheiten im Kindergarten Ja Nein

Bemerkungen:

.....
.....

Stunden TV/PC pro Tag < 1 h 1-3 h > 3 h

Stunden Sport/Bewegung pro Tag < 1 h 1-3 h > 3 h

Hörfähigkeit Ihres Kindes	Ja	Nein
1. Hatte Ihr Kind seit der U7a mehr als drei Mittelohrentzündungen?		
2. Spricht es alle Buchstaben fehlerfrei aus?		
3. Zeigt Ihr Kind Interesse an Gesprächen in seiner Umgebung?		
4. Kann Ihr Kind Sie im Auto verstehen?		
5. Versteht Ihr Kind Flüstersprache aus einigen Metern Entfernung?		
6. Fragt Ihr Kind Sie nach unbekanntem Geräuschen?		
7. Hört Ihr Kind das Telefonklingeln und das Türklingeln?		
8. Kann Ihr Kind leiser spielen, wenn es dazu aufgefordert wird?		
9. Missversteht Ihr Kind häufig Anweisungen?		
10. Lässt seine Konzentration beim Zuhören schnell nach?		
11. Spielt Ihr Kind lieber allein?		
12. Erkennt Ihr Kind bekannte Geräusche?		

Mein Kind...	Stimmt nicht	Stimmt
1. kann mind. dreimal pro Woche schlecht einschlafen (liegt mind. 1 Std. wach)		
2. wacht mind. einmal pro Nacht auf und liegt dann mind. eine Stunde wach		
3. schläft nachts mit im Elternbett, obwohl wir das nicht gern sehen		
4. hat meistens nur wenig Appetit		
5. ist untergewichtig		
6. ist extrem wählerisch beim Essen		
7. klagt bei Aufregung häufig über Bauchschmerzen		
8. kann wegen dieser Bauchschmerzen nicht wie sonst spielen oder seine Freunde besuchen		
9. klagt mehrmals pro Woche über Kopfschmerzen		
10. kann wegen dieser Kopfschmerzen nicht wie sonst spielen oder seine Freunde besuchen		
11. hat Migräne		
12. hat Asthma		
13. hat Heuschnupfen		
14. stottert		
15. nässt mind. einmal pro Woche ein		
16. kotet mind. einmal pro Woche ein		
17. hat manchmal nervöse Zuckungen (z.B. Blinzeltic, Zwinkertic, Räuspertic)		
18. kaut Fingernägel...		
19. hat deswegen häufig blutende Verletzungen		
20. kann sich sehr schlecht von der Mutter trennen...		
21. hat deswegen auch in Kindergarten Probleme		
22. hat panische Angst vor...		
- Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten		
- fremden Menschen		
- Blitz, Donner, Dunkelheit		
- dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen		
23. ist mehrmals im Monat traurig		
24. diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis		
25. ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist		
26. ist zu Hause beim Spielen leicht ablenkbar und unkonzentriert		
27. ist im Kindergarten sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert		
28. ist zu Hause (z.B. beim Essen) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen		
29. ist im Kindergarten sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen		
30. ist beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten		
31. rennt, ohne zu schauen, auf die Straße		
32. Scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen		
33. hat täglich einen Wutanfall		
34. ist zu Hause ständig ungehorsam		
35. ist im Kindergarten häufig ungehorsam		
36. hat Spaß daran, Dinge, die ihm nicht gehören, zu zerstören		
37. quält manchmal Tiere		
38. prügelt sich häufig mit anderen Kindern...		
39. hat daher häufiger blaue Flecken und kleinere Verletzungen		

40. hat Angst vor fremden Erwachsenen		
41. hat Angst vor fremden gleichaltrigen Kindern		
42. nimmt auf dem Spielplatz zu fremden Kindern keinen Kontakt auf		
43. spricht fast jede fremde Person an		
44. geht schon nach kurzer Zeit mit fremden Personen überall hin		
45. weigert sich oft mit fremden Erwachsenen zu sprechen, auch wenn es etwas gefragt wird		
46. sucht bei seinen Eltern keinen Trost, wenn es sich wehgetan hat		
47. kommt nicht zu seinen Eltern, wenn es Angst hat		
48. ist noch sehr unselbstständig, kann sich schlecht selbstbeschäftigen		
49. hängt am Rockzipfel der Mutter, will nichts allein machen		
50. wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen		
51. reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird		
52. ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (Blick ins Leere, reagiert nicht)		
53. ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich		
54. streitet sich jeden Tag mit seinen Geschwistern		
55. kann mit seinen Geschwistern nicht friedlich zusammen spielen		
56. ist im höchsten Maße eifersüchtig auf seine Geschwister		
Fähigkeiten	Ja	Nein
1. Mein Kind kann im Wechselschritt Treppen steigen		
2. Mein Kind hüpfert sicher mit beiden Beinen gleichzeitig eine kurze Strecke (30-50 cm) nach vorne Es kann dabei das Gleichgewicht gut halten		
3. Mein Kind fährt mit dem Dreirad oder Laufrad um Hindernisse herum Es tritt und lenkt dabei gleichzeitig		
4. Mein Kind hält den Stift richtig zwischen den ersten 3 Fingern		
5. Schneidet es mit einer Kinderschere?		
6. malt es Dinge (Haus, Mensch als „Kopffüßler“)?		
7. Fragt warum, wie, wo, wieso, woher		
8. Spricht 6-Wortsätze in Kindersprache		
9. Kommentiert es seine Bilder?		
10. Kann Geschichten im logischen und zeitlichen Verlauf nacherzählen?		
11. Hört es aufmerksam zu z.B. beim Vorlesen?		
12. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Kind deutlich weniger oder undeutlicher spricht als andere Kinder seines Alters?		
13. Kann sich selbst an- und ausziehen		
14. Gießt Flüssigkeit in ein Glas/Tasse ein		
15. Bei alltäglichen Ereignissen kann das Kind seine Emotionen meist regulieren, Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen, Freude, Ängste, Stresssituationen		
16. Erkennt es im Alltag / im Kindergarten / beim Spielen Regeln an?		
17. Mein Kind möchte im Haushalt mithelfen und ahmt die Tätigkeiten Erwachsener im Rollenspiel mit anderen Kinder nach		
18. Ist ihr Kind tagsüber trocken?		
19. Mein Kind ist bereit zu teilen		