

**Gemeinschaftspraxis Pädiatrisches Forum Bielefeld  
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin**

Deckertstrasse 53  
33617 Bielefeld

Hauptstrasse 192  
33647 Bielefeld

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

## Fragebogen zur U4

Ein paar Fragen zu Ihrem Kind

### Motorik

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| 1. Führt Ihr Kind die Hände zusammen, bzw. spielen die Hände miteinander?                 | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |
| 2. Bewegt Ihr Kind die halbgeöffneten Hände in Richtung eines vorgehaltenen Gegenstandes? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |
| 3. Steckt Ihr Kind Spielzeug in den Mund?   | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |
| 4. Nimmt Ihr Kind in Bauchlage den Kopf hoch?   | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |
| 5. Stützt sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme ab?                                | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |

### Sehen

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| 1. Lächelt Ihr Kind bei Blickkontakt zurück?                            | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |
| 2. Schaut Ihr Kind einem Gegenstand über 180° nach? (halbe Kopfdrehung) | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |

### Hören

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| 1. Bewegt Ihr Kind den Kopf in Richtung einer Schallquelle? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |
| 2. Erwacht Ihr Kind durch Lärm?                             | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |
| 3. Beendet Ihr Kind sein Schreien beim Ertönen von Musik?   | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |

### Sprache

- |  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| 1. Zeigt Ihr Kind stimmhaftes Juchzen?         | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |
| 2. Bildet Ihr Kind rrr- Ketten?                | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |
| 3. Bildet Ihr Kind Lippenverschlußlaute (m,b)? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |

Falls Sie nicht sicher sind, einfach die Frage offen lassen! Vielen Dank!