

**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? | O JA | O NEIN |
| 2. Bewegt Ihr Kind die halbgeöffneten Hände in Richtung eines vorgehaltenen Gegenstandes? | O JA | O NEIN |
| 3. Steckt Ihr Kind Spielzeug in den Mund? | O JA | O NEIN |
| 4. Nimmt Ihr Kind in Bauchlage den Kopf hoch? | O JA | O NEIN |
| 5. Stützt sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme ab? | O JA | O NEIN |

Sehen

- | | | |
|---|------|--------|
| 1. Lächelt Ihr Kind bei Blickkontakt zurück? | O JA | O NEIN |
| 2. Schaut Ihr Kind einem Gegenstand über 180° nach? (halbe Kopfdrehung) | O JA | O NEIN |

Hören

- | | | |
|---|------|--------|
| 1. Bewegt Ihr Kind den Kopf in Richtung einer Schallquelle? | O JA | O NEIN |
| 2. Erwacht Ihr Kind durch Lärm? | O JA | O NEIN |
| 3. Beendet Ihr Kind sein Schreien beim Ertönen von Musik? | O JA | O NEIN |

Sprache

- | | | |
|--|------|--------|
| 1. Zeigt Ihr Kind stimmhaftes Juchzen? | O JA | O NEIN |
| 2. Bildet Ihr Kind rrr- Ketten? | O JA | O NEIN |
| 3. Bildet Ihr Kind Lippenverschlußlaute (m,b)? | O JA | O NEIN |

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