



Projekt Meilensteine

Post-Befragung der teilnehmenden Familien

Wichtige Hinweise:

Die Fragen beziehen sich jeweils auf den **Zeitraum ab der Geburt bis zum Erreichen des letzten Meilensteins** („freies und sicheres Gehen“).

Für die Beantwortung der folgenden Fragen können Sie ggf. das „gelbe Heft“ mit den **Ergebnissen der U6-Untersuchung** nutzen.

Allgemeine Angaben zum Kind

1.1 Wann ist Ihr Kind geboren? (Tag/Monat/Jahr)

1.2 Wurde die U6-Untersuchung bereits durchgeführt?

- ja
 nein

1.3 Wann wurde die U6-Untersuchung durchgeführt? (Tag/Monat/Jahr)

1.4 Wie groß war Ihr Kind bei der U6? (in cm)

1.5 Wie schwer war Ihr Kind bei der U6? (in g)

Stillen

2.1 Wurde Ihr Kind gestillt?

- ja, voll gestillt bis zum .Monat (z.B. 12. Monat)
 wird derzeit noch voll gestillt
 ja, teilgestillt vom . bis zum .Monat
 nein
 keine Angabe

2.3 Ab welchem Monat wurde Beikost (Brei- oder Familienkost) eingeführt?

(Alter des Kindes in Monaten)

Motorische Entwicklung

3.1 Wie oft haben Sie folgende Hilfen beim Transport Ihres Kindes verwendet?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Babytuch oder -trage | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
| Babyschale (z.B. Maxi-Cosi) | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
| Kinderwagen | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> keine Angabe | | | | |

3.2 Wenn Sie Ihr Kind beobachten – gibt es eine Hand, die es beim Greifen, Spielen, Essen etc. bevorzugt?

- rechte Hand
- linke Hand
- beide Hände gleich
- kann ich nicht beurteilen

3.3 Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit der Entwicklung Ihres Kindes?

- sehr zufrieden
- zufrieden
- eher unzufrieden
- unzufrieden
- keine Angabe

Betreuungssituation

4.1 Von wem wird Ihr Kind untertags vorwiegend betreut? (Mehrfachnennungen möglich)

- Mutter
- Vater
- Großeltern
- Tagespflegeperson
- Au-Pair
- Sonstiges
- keine Angabe

4.2 Wurde Ihr Kind bisher – und in welchem Alter (in Monaten) – außerfamiliär, d.h. außerhalb Ihres Haushaltes betreut?

- nein
- ja, in einer Krippe von Monat bis Monat
- ja, von einer Tagespflegeperson von Monat bis Monat
- ja, sonstiges von Monat bis Monat
- keine Angabe

4.3 Wie viele Stunden wird Ihr Kind derzeit außerfamiliär betreut?

Stunden/Woche

Freizeitaktivitäten

5.1 Haben Sie zusammen mit Ihrem Kind folgende Angebote (Mehrfachnennungen möglich) genutzt und wenn ja, in welchem Alter des Kindes (in Monaten)?

- | | | | |
|--------------------------|------------------------|-----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | keine Angebote genutzt | | |
| <input type="checkbox"/> | ja, Krabbelgruppe | von Monat | bis Monat |
| <input type="checkbox"/> | ja, PEKiP-Gruppe | von Monat | bis Monat |
| <input type="checkbox"/> | ja, Baby-Schwimmen | von Monat | bis Monat |
| <input type="checkbox"/> | ja, Eltern-Kind-Turnen | von Monat | bis Monat |
| <input type="checkbox"/> | ja, Sonstiges | von Monat | bis Monat |
| <input type="checkbox"/> | keine Angabe | | |

5.2 Wie oft haben Sie mit Ihrem Kind in der letzten Woche einen Spielplatz besucht?

- nie
- 1 – 2x
- 3 – 4x
- 5 – 6x
- mehr als 6x

Allergien, Krankheiten & Co.

6.1 Wie zufrieden sind Sie mit dem Gesundheitszustand Ihres Kindes?

- sehr zufrieden
- zufrieden
- eher unzufrieden
- unzufrieden
- keine Angabe

6.2 Leidet Ihr Kind unter einer (oder mehrerer) Allergien?

- nein
- ja, welche?
- keine Angabe

6.3 Hat Ihr Kind eine Unverträglichkeit gegen ein (oder mehrere) Lebensmittel?

- nein
- ja, welche?
- keine Angabe

6.4 Hatte Ihr Kind im Beobachtungszeitraum eine schwerwiegende Erkrankung (z.B. Fieberkrampf, Pseudokrupp-Husten)?

- nein
- ja, welche?
- keine Angabe

6.5 Leidet Ihr Kind unter einer chronischen Krankheit?

- nein
- ja, welche?
- keine Angabe

6.6 Wurde bei Ihrem Kind eine Entwicklungsauffälligkeit bzw. -verzögerung festgestellt?

- nein
- ja, welche?
- keine Angabe

6.7 Ist bei Ihrem Kind eine physische und/oder psychische Behinderung diagnostiziert worden?

- nein
- ja, welche?
- keine Angabe

Wohnsituation

7.1 Sind Sie seit der letzten Befragung umgezogen?

- nein
- ja, welche?
- keine Angabe

Wenn ja, wie groß ist der Ort, in dem Sie jetzt wohnen?(Anzahl der Einwohner)

- unter 5000
- 5000 bis unter 20 000
- 20 000 bis unter 100 000
- 100 000 bis unter 500 000
- Über 500 000
- Wechselnde Wohnorte
- weiß ich nicht

7.2 Wie groß ist die Wohnfläche Ihrer Wohnung / Ihres Hauses insgesamt?

ca. qm²

7.3 Wie wohnen Sie?

- Wohnung ohne Balkon oder Terrasse
- Wohnung mit Balkon und /oder Terrasse
- Haus ohne Garten
- Haus mit Garten
- Andere Unterkunft:

Erwerbstätigkeit & Zeit für das Kind

8.1 Ist die **Mutter** derzeit erwerbstätig (angestellt oder selbstständig) oder in Ausbildung (z.B. Studium)?

- nein
- ja
- keine Angabe

Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche?

- bis 10 Stunden
- 11-20 Stunden
- 21-30 Stunden
- 32-40 Stunden
- mehr als 40 Stunden

8.2 Ist der **Vater** derzeit erwerbstätig (angestellt oder selbstständig) oder in Ausbildung (z.B. Studium)?

- nein
- ja
- keine Angabe

Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche?

- bis 10 Stunden
- 11-20 Stunden
- 21-30 Stunden
- 32-40 Stunden
- mehr als 40 Stunden

8.3 Wie viele Stunden verbringen die Eltern an einem Wochentag tagsüber mit dem Kind (Schlafenszeiten des Kindes **nicht** eingerechnet)?

Mutter:

- weniger als 2 Stunden
- 2-5 Stunden
- 6-10 Stunden
- mehr als 10 Stunden
- keine Angabe

Vater:

- weniger als 2 Stunden
- 2-5 Stunden
- 6-10 Stunden
- mehr als 10 Stunden
- keine Angabe

9. Familiäre Situation

9.1 Hat Ihr Kind in der Zwischenzeit ein Geschwisterchen bekommen?

- nein
- ja, geboren am _____ (Tag/Monat/Jahr)
- derzeit schwanger bzw. Mutter ist schwanger
- keine Angabe

9.2 Falls Ihnen bekannt ist, in welchem Alter Sie, die Eltern des Kindes, selbst die ersten Schritte bewältigt haben, können Sie dies hier angeben:

- Mutter: (Angabe des Monats)
- Vater: (Angabe des Monats)

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben, die Fragen zu beantworten!

Zum Schluss würden wir gerne noch erfahren, **wer** diese Fragen beantwortet hat:

- Mutter
- Vater
- beide gemeinsam
- andere Person, nämlich:

Gerne möchte wir Ihnen hier noch die Möglichkeit geben Kommentare oder Anregungen zu hinterlassen: