

Name des Kindes:

Nachfolgend bitte ankreuzen und ausfüllen.

Gab es in der Schwangerschaft.....

- | | |
|--|---------|
| • Schwangerschaftsdiabetes der Diabetes mellitus | ja/nein |
| • chronische Erkrankungen (z.B. Schilddrüse) | ja/nein |
| • regelmäßige Medikamenteneinnahme | ja/nein |
| • Infektionen | ja/nein |
| • Nachweis von β -Streptokokken | ja/nein |
| • Auffälliger Antikörper-Suchtest (siehe Mutterpass) | ja/nein |
| • Konsum von Zigaretten | ja/nein |
| • Konsum von Alkohol | ja/nein |
| • Konsum von sonstigen Drogen | ja/nein |
| • Psychische und/oder soziale Belastungen | ja/nein |

Gab es Probleme bei der Geburt? ja/nein

Gab es bisher Auffälligkeiten beim Kind? (Erkrankungen, OP, Krampf) ja/nein

Gibt es in der Familie

- | | |
|---|---------|
| • Hüfterkrankungen im Säuglingsalter | ja/nein |
| • angeborene Nierenerkrankungen | ja/nein |
| • Augenerkrankungen | ja/nein |
| • angeborene Hörstörungen, Ohrfehlbildungen | ja/nein |
| • Immundefekte | ja/nein |

Sind bei Mutter, Vater, Geschwistern Allergien bekannt? ja/nein

Gibt es altersentsprechende Auffälligkeiten beim Schlaf? ja/nein

Gibt es Auffälligkeiten beim Wasserlassen? ja/nein

Wie oft sind die Windeln voll mit Urin?/pro 24 h

Gibt es Auffälligkeiten beim Stuhlgang? ja/nein

Stuhlfarbe:

Gibt es soziale und/oder psychische Belastungen in der Familie? ja/nein

Sind sie alleinerziehend? ja/nein

Leben sie selbst in einer betreuten Einrichtung? ja/nein

Ist ihr Kind teilweise in fremder Betreuung? (Großeltern, Tagesmutter, Kita) ja/nein

Wieviel Geschwister sind im Haushalt lebend?

Stillen sie ihr Kind? ja/nein

Erhält ihr Kind Milchnahrung? Welche? ja/nein

Wie oft erhält ihr Kind Nahrung? ca. /pro 24 h

Mein/unser Kind kann...

Grobmotorik

- mit beiden Beinen strampeln, Bewegungen mit beiden Armen ja/nein

Feinmotorik

- die Hände spontan öffnen (überwiegend sind sie eher geschlossen) ja/nein

Wahrnehmung/Kognition

- mit den Augen einem Gegenstand mind. 45° verfolgen ja/nein

Sprache

- Vokallaute (a,ä), Kehllaute (e-che, ek-che) ja/nein

Sozial/Emotional

- aufmerksam nahe bekannte Gesichter anschauen ja/nein