

Name des Kindes:

Nachfolgend bitte ankreuzen und ausfüllen.

Gab es bisher bei ihrem Kind ...

- Relevante Erkrankungen, Operationen, Krampfanfälle ja/nein
- Schwierigkeiten beim Füttern, Erbrechen, Schluckstörungen ja/nein
- Schwierigkeiten beim Stuhlgang, Durchfall/Verstopfung ja/nein
- Stuhlfarbe:
- Relevantes Schreien 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? ca...../pro 24 h

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

Stillen sie ihr Kind? ja/nein

Erhält ihr Kind Milchnahrung? Welche? ja/nein

Wie oft erhält ihr Kind Nahrung?/pro 24 h

Mein/unser Kind kann ...

Grobmotorik

- die Arme und Beine beidseitig und auch abwechselnd kräftig beugen und strecken ja/nein
- den Kopf in Sitzhaltung mind. 30 sec. halten ja/nein
- sich in der Bauchlage auf den Unterarmen abstützen und den Kopf mind. 1 Minute hochhalten ja/nein

Feinmotorik

- die Hände spontan zur Körpermitte bringen ja/nein

Wahrnehmung/Kognition

- ein Gesicht anschauen und folgen, wenn es sich bewegt ja/nein
- auf eine Geräuschquelle durch Kopfdrehung dorthin reagieren ja/nein

Sprache

- erste Silbenketten, lachen und juchzen ja/nein

Sozial/Emotional

- sich über Zuwendung freuen und Blickkontakt halten ja/nein
- auf Ansprache reagieren und das Lächeln einer Bezugsperson erwidern („soziales Lächeln“) ja/nein