

Name des Kindes:

Nachfolgend bitte ankreuzen und ausfüllen.

Gab es bei ihrem Kind seit der letzten Vorsorgeuntersuchung

- Relevante/häufig 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

Tragen Sie eine Brille? ja/nein

Wenn ja, ab welchem Alter?

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

Erhält ihr Kind Beikost? Werden diese vertragen? ja/nein

Mein/unser Kind kann ...

Grobmotorik

- sich mit gestreckten Armen auf den Handflächen in Bauchlage abstützen ja/nein
- sich selbstständig zur Seite drehen ja/nein

Feinmotorik

- Spielzeug zwischen den Händen wechseln und mit der Hand greifen, beide Füße greifen ja/nein

Sprache

- rhythmische Silbenketten produzieren, (ge-ge-ge, mem-mem-mem, dei-dei-dei), „Plaudern“ (Variation von Lautstärke, Tonhöhe etc.) ja/nein

Wahrnehmung/Kognition

- Spielzeuge in den Mund stecken und benagen ja/nein

Sozial/Emotional

- stimmhaft lachen, wenn es geneckt wird ja/nein
- sich gegen Bekannte und Unbekannte unterschiedlich benehmen ja/nein
- sich bei Erscheinen eines anderen Kindes freuen ja/nein