

Name des Kindes:

Nachfolgend bitte ankreuzen und ausfüllen.

Gab es bei ihrem Kind seit der letzten Vorsorgeuntersuchung

- Relevante/häufig Erkrankungen, Operationen, Krampfanfälle ja/nein
 - Auffälliges Essverhalten ja/nein
 - Schwierigkeiten beim Stuhlgang, Durchfall/Verstopfung ja/nein
- Stuhlfarbe:

Gibt es altersentsprechende Auffälligkeiten beim Schlaf? z.B. Schnarchen ja/nein

Gibt es Auffälligkeiten beim Wasserlassen? ja/nein

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

KiTa ist geplant ab ja/nein

Tragen Sie eine Brille? ja/nein

Stillen sie ihr Kind? ja/nein

Erhält ihr Kind Milchnahrung? Welche? ja/nein

Erhält ihr Kind Breie, feste Nahrung (Tischkost)? ja/nein

Wird die Nahrung vertragen? ja/nein

Putzen sie die Zähne mit einer fluoridierten Kinderzahnpaste mind. 2x tgl.? ja/nein

Mein/unser Kind kann ...

Grobmotorik

- frei mit geradem Rücken und sicher sitzen ja/nein
- sich in den Stand hochziehen und einige Sekunden stehen ja/nein
- sich selbstständig von Rücken- zu Bauchlage drehen und zurück ja/nein
- schnell und sicher krabbeln ja/nein

Feinmotorik

- einen Gegenstand zwischen Daumen und Zeigefinger greifen ja/nein
- zwei Gegenstände aneinander klopfen ja/nein

Sprache

- Doppelsilben produzieren (ba-ba, da-da, ma-ma, pa-pa) ja/nein
- Laute nachahmen ja/nein

Wahrnehmung/Kognition

- der Bezugsperson einen Gegenstand nach Aufforderung geben ja/nein
- den Zeigefinger in die gezeigte Richtung verfolgen ja/nein
- reagiert auf Verbote ja/nein

Sozial/Emotional

- allein aus der Flasche/dem Becher trinken ja/nein
- zwischen Bekannten und Unbekannten Personen unterscheiden ja/nein