

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: | |
| • Regelmäßiges Schnarchen | ja/nein |
| • Anzeichen für eine Allergie/Nahrungsmittelunverträglichkeit | ja/nein |

Gibt es altersentsprechende Auffälligkeiten beim Schlaf? 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? ja/nein

Bitte ankreuzen: ☐ Großeltern ☐ Tagesmutter ☐ Kita

Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden? ja/nein

Putzt ihr Kind 2-3 x täglich die Zähne mit einer altersgerechten fluoridierten Zahnpasta?

ja/nein

Mein/unser Kind kann ...

Grobmotorik

- | | |
|---|---------|
| • frei und sicher gehen | ja/nein |
| • drei Stufen hinunter gehen und hält sich dabei fest | ja/nein |

Feinmotorik

- | | |
|---|---------|
| • kleine Gegenstände auspacken, Flasche auf- und zudrehen | ja/nein |
|---|---------|

Sprache

- | | |
|--|---------|
| • Einwortsprache (mind. 10 Worte ohne Mama und Papa) | ja/nein |
| • Vereinzelt Zweiwortsätze bilden („Mama komm“ o.ä.) | ja/nein |
| • Einfache Aufforderungen verstehen und befolgen | ja/nein |
| • durch Gestik und Sprache etwas ablehnen | ja/nein |

Wahrnehmung/Kognition

- | | |
|---|---------|
| • im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände zeigen | ja/nein |
|---|---------|

Sozial/Emotional

- | | |
|-------------------------------|---------|
| • selbst mit dem Löffel essen | ja/nein |
| • sich die Hände waschen | ja/nein |

Interaktion/Kommunikation

- | | |
|--|---------|
| • versuchen die Eltern irgendwohin zu ziehen | ja/nein |
| • „winke winke“ machen | ja/nein |

Kurzversion der M-Chat

- | | |
|---|---------|
| 1. Zeigt ihr Kind Interesse an anderen Kindern? | ja/nein |
| 2. Bringt Ihnen ihr Kind jemals Dinge, um Ihnen etwas zu zeigen? | ja/nein |
| 3. Schaut Ihnen ihr Kind länger als 2 sec. In die Augen? | ja/nein |
| 4. Reagiert Ihr Kind mit Lächeln, wenn Sie es anschauen oder anlächeln? | ja/nein |
| 5. Versteht ihr Kind, was Leute sagen? | ja/nein |
| 6. Starrt ihr Kind manchmal ins Leere oder läuft ziellos herum? | ja/nein |