

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 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

Bitte ankreuzen: ☐ Großeltern ☐ Tagesmutter ☐ Kita

Sind sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden? ja/nein

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

Ist ihr Kind Tag und Nacht überwiegend trocken? ja/nein

Mein/unser Kind kann ...

Grobmotorik

- Einen Ball werfen und schießen ja/nein
- zwei Stufen im Wechselschritt steigen, hält sich dabei fest ja/nein

Feinmotorik

- auch sehr kleine Gegenstände mit dem Dreifinger-Spitzgriff (Daumen-, Zeige- und Mittelfinger) greifen und manipulieren ja/nein

Sprache

- mind. 3-Wortsätze sprechen ja/nein
- von sich in der Ich-Form sprechen ja/nein

Wahrnehmung/Kognition

- zuhören und konzentriert spielen ja/nein
- große Knöpfe selbst öffnen ja/nein

Sozial/Emotional

- sich gut über einige Stunden trennen, wenn es von einer vertrauten Person betreut wird ja/nein
- sich an häuslichen Tätigkeiten beteiligen, helfen wollen ja/nein

Interaktion/Kommunikation

- gemeinsam mit Gleichaltrigen spielen, Rollenspiele ja/nein