



Fragebogen Vorsorgeuntersuchung U6

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kinds

Datum von heute

Ihr Baby hatte oder hat seit der U5...

Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle
schwere, ungewöhnliche oder häufige Infektionen
auffälliges Essverhalten oder auffällige Stühle
regelmäßiges Schnarchen

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Sie...

sind als Familie ohne besondere Belastung (z.B. alleinerziehend)
können Ihr Baby zu Hause betreuen (nicht durch Großeltern / Tagesmutter / Kita)

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ihr Baby kann...

frei und sicher mit geradem Rücken sitzen
sich in den Stand hochziehen und einige Sekunden stehenbleiben
selbständig flüssig drehen von Rücken- zur Bauchlage und zurück
einen Gegenstand im „Pinzettengriff“ zwischen Daumen u. Zeigefinger greifen
zwei Würfel aneinander klopfen
spontan längere Silbenketten äußern
Doppelsilben äußern (z. B. ba-ba, da-da)
Laute nachahmen

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ihr Baby...

gibt Ihnen nach Aufforderung einen Gegenstand
verfolgt Ihren Zeigefinger in die gezeigte Richtung
trinkt alleine aus der Flasche
trinkt mit etwas Hilfe aus der Tasse oder dem Becher
unterscheidet zwischen fremden und bekannten Personen
freut sich über andere Kinder
ist nach kurzem Abwenden oder kurzer Trennung erlöst, erfreut
und sucht sofort Blickkontakt, wenn Sie sich ihm wieder zuwenden
bleibt zufrieden, offen und zugewandt, wenn Sie es ansprechen
ist in Ihrer Anwesenheit zufrieden und ausgeglichen
wendet Ihnen den Kopf zu, lächelt oder sucht Körperkontakt, wenn Sie es ansprechen
sucht von sich aus Kontakt zu Ihnen durch Blicke, Gesten, Mimik oder Plappern
sucht in unbekanntem Situationen Sicherheit bei Ihnen durch Körperkontakt oder Blicke
lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von Ihnen beruhigen
reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung
versteht ausgesprochene Verbote („Nein!“, „Halt!“)
sucht die Schallquelle, wenn es Musik hört, reagiert auf Flüstern aus 1 m Entfernung
plappert zufrieden vor sich hin, wenn es alleine ist
geht mit Ihnen auf ein Wechselspiel ein (z. B. mit Fingern oder mit Bauklötzen)
kann seine Gefühle meist selbst regulieren und leichte Enttäuschungen tolerieren
toleriert kurze Trennungen von Ihnen

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Sie sind zufrieden mit seinem Verhalten oder seiner Entwicklung?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------