



Patientenname: \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

**Bitte kreuzen sie das Zutreffende an.**

- |  |                               |                               |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| Läuft Ihr Kind sicher und allein?  | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann sich Ihr Kind allein und frei aus der Hocke aufrichten?                                   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann es drei Klötzchen aufeinanderstellen?   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann es ein Geschenk oder Bonbon auswickeln?   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Schaut Ihr Kind gern Bilderbücher an?  | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Erkennt und benennt es Bilder in einem Buch?   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Reagiert Ihr Kind auf Geräusche oder Musik?  | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann Ihr Kind „Nein“ sagen, wenn es etwas nicht möchte?  | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Zeigt es auf Nase, Mund und Ohren, wenn Sie danach fragen?                                     | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Versteht es leichte Aufforderungen?  | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Wünscht und liebt Ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern?   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Schafft es Ihr Kind es schon, allein einzuschlafen?  | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Gibt es Probleme beim Essen?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Putzen Sie Ihrem Kind 2x am Tag die Zähne?   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Gab es Veränderungen in der Familie des Kindes (oder im Kontakt mit wichtigen Bezugspersonen)? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |

Worüber freuen Sie sich besonders?

\_\_\_\_\_

Macht Ihnen etwas Sorgen?

\_\_\_\_\_

Ihre Fragen:

\_\_\_\_\_