



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:
