



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

**Bitte kreuzen sie das Zutreffende an.**

- |  |                               |                               |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| Zieht Ihr Kind sich an Möbeln hoch?                  | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Läuft Ihr Kind schon an Möbeln entlang?              | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Greift es nach kleinen Dingen (Körnchen, Fusseln)?   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Klatscht es in die Hände und winkt es?               | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Erzählt es in langen Silbenketten? (mamamam, papapp) | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Spricht es erste gezielte Worte?                     | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Unterscheidet es vertraute und fremde Personen?      | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Nimmt es Kontakt mit anderen auf?                    | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Versteht es kleine Verbote und Aufforderungen?       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann es sich eine Weile allein beschäftigen?         | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Schafft es Ihr Kind, allein einzuschlafen?           | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Gibt es Probleme beim Essen?                         | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Reagiert Ihr Kind auf Geräusche?                     | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Hilfe bei der Betreuung Ihres Kindes?      | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |

Worüber freuen Sie sich besonders?

\_\_\_\_\_

Macht Ihnen etwas Sorgen?

\_\_\_\_\_

Ihre Fragen:

\_\_\_\_\_