

Name Kind:	geb.		U5
ausgefüllt am:	von:	☐ Mutter ☐ Vater	
Nahrung: ☐ Muttermilch ☐ Babymilch, welche? _____, _____ ml/Tag			
Beikost begonnen? Wenn ja: _____ x täglich			
Hatte Ihr Kind seit der U4 ... ?		NEIN	JA
schwere Erkrankungen / Operationen / Krampfanfälle (bitte ggf. Entsprechendes einkringeln)			
Erbrechen / Verstopfung			
VORSICHT: AB HIER IST „JA“ UND „NEIN“ VERTAUSCHT ———->>		JA	NEIN
Bekommt Ihr Baby täglich 400-500 IE Vitamin D (Tropfen oder Tabletten)			
Kann Ihr Baby ... ?			
vom Rücken auf den Bauch drehen			
vom Bauch auf den Rücken drehen			
sich in Bauchlage mit gestreckten Armen auf den Händen abstützen			
sich mit den Beinen beim „hinstellen“ und abfedern			
ein Spielzeug greifen und in die andere Hand übergeben			
ein Spielzeug mit beiden Händen halten, um es mit Händen und Mund zu erkunden			
lachen, wenn es geneckt wird			
rhythmische Silbenketten sagen (ge-ge-ge, mem-mem-mem, dei-dei-dei o.Ä.)			
Ihnen auf Ansprache den Kopf zuwenden und Ihnen zulächeln			
Ihnen durch Blicke, Mimik, Gesten und Plappern Signale zur Kontaktaufnahme senden			
in unbekannten Situationen bei Ihnen Sicherheit suchen durch Blicke oder Körperkontakt			
sich nach kurzer Trennung über Ihre Rückkehr freuen und sucht dann Blickkontakt			
auf Musik reagieren			
auf Geräusche außerhalb des Raums reagieren			
bei unbekannten / lauten Geräuschen mit Unruhe reagieren			
die Unterhaltung anderer Personen beobachten			
mit Ihnen auf ein Wechselspiel gehen (z.B. mit Fingern oder Bauklötzen)			
seine Gefühle selbst regulieren und leichte Enttäuschungen tolerieren			
Ist Ihr Baby ... ?			
bei Ansprache / auf Ihrem Arm zufrieden und ausgeglichen			
durch Wiegen / Singen / Ansprechen in kurzer Zeit zu beruhigen			
Freudig beim Anblick eines anderen Kindes			
Im Verhalten bei bekannten und unbekannten Personen unterschiedlich			
Sind Sie zufrieden mit dem Verhalten und der Entwicklung Ihres Kindes?			