

Name Kind:	geb.		U6
ausgefüllt am:	von:	☐ Mutter	☐ Vater
Nahrung: ☐ vorwiegend vom Tisch ☐ eher noch Brei ☐ (Baby)Milch _____ml/Tag			
KiTa / Tagesmutter: ☐ nein ☐ ja: seit _____, _____ Stunden täglich			
Hatte Ihr Kind seit der U5 ... ?		NEIN	JA
schwere Erkrankungen / Operationen / Krampfanfälle (ja: bitte Entsprechendes einkringeln)			
schwere, ungewöhnliche Infektionen			
Sind Sie als Mutter / Vater alleinerziehend			
VORSICHT: AB HIER IST „JA“ UND „NEIN“ VERTAUSCHT ———->>		JA	NEIN
Bekommt Ihr Baby täglich 400-500 IE Vitamin D (Tropfen oder Tabletten)			
Kann Ihr Kind ... ?			
frei und sicher mit geradem Rücken sitzen			
sich in den Stand hochziehen und einige Sekunden stehen bleiben			
sich selbständig flüssig von Bauchlage in Rückenlage und umgekehrt drehen			
zwei Gegenstände aneinander klopfen			
einen Gegenstand im Pinzettengriff zwischen Daumen und Zeigefinger greifen			
Doppelsilben äußern (ba-ba, da-da o.Ä.)			
Laute nachahmen			
Ihnen auf Aufforderung einen Gegenstand geben			
Ihren Zeigefinger mit den Augen in die gezeigte Richtung verfolgen			
alleine aus der Flasche trinken			
zwischen bekannten und fremden Personen unterscheiden			
sich nach kurzer Trennung über Ihre Rückkehr freuen und dann Blickkontakt suchen			
Ihnen auf Ansprache den Kopf zuwenden und Ihnen zulächeln			
mit Ihnen auf ein Wechselspiel gehen (z.B. mit Fingern oder Bauklötzen)			
Ihnen durch Blicke, Mimik, Gesten und Plappern Signale zur Kontaktaufnahme senden			
seine Gefühle selbst regulieren und leichte Enttäuschungen tolerieren			
in unbekannten Situationen bei Ihnen Sicherheit durch Körperkontakt suchen			
kurze Trennungen von Ihnen tolerieren			
ausgesprochene Verbote („Nein“, „Stopp“) verstehen			
zufrieden vor sich hin plappern, wenn es alleine ist			
auf Flüstern aus 1m Entfernung reagieren			
sich durch Wiegen / Singen / Ansprechen in kurzer Zeit zu beruhigen			
(nahezu) täglich normalen Stuhl schmerzfrei absetzen			
Sind Sie zufrieden mit dem Verhalten und der Entwicklung Ihres Kindes?			