

Vorsorge U6

Liebe Eltern,

nachfolgend bitten wir Sie um das möglichst genaue Ausfüllen des Fragebogens.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name des Patienten: _____ **Geburtsdatum:** _____

Mein Kind...

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Kann Wünsche deutlich machen, ohne zu schreien (z.B. durch Zeigen). | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann mit etwas Hilfe aus einer Tasse oder einem Becher trinken. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gibt mir nach meiner Aufforderung/Bitte einen Gegenstand. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Fremdelt/unterscheidet zwischen fremden und bekannten Personen. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Freut sich, wenn es andere Kinder trifft. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann den Pinzettengriff (Greifen mit Zeigefinger und Daumen). | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schlägt im Spiel zwei Gegenstände aneinander (z.B. Klötzchen). | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Spielt mit einem Ball. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schiebt ein Spielzeugauto hin und her. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Spricht die Worte „Mama“ und „Papa“ gezielt. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Spricht Doppelsilben (z.B. „la-la“, „da-da“), | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Bitte Umblättern 

Steht für kurze Zeit. ja nein

Läuft an Möbeln entlang. ja nein

Zieht sich zum Stehen hoch (z.B. an einem Möbelstück). ja nein

Setzt sich selbst auf. ja nein

Kann mit geradem Rücken bei sicherer Gleichgewichtskontrolle sitzen. ja nein

Kann krabbeln. ja nein

Zeigt ein altersgerechtes Essverhalten. ja nein

Hat normalen Stuhlgang. ja nein

Reagiert auf laute und leise Geräusche. ja nein

Hatte seit der letzten Vorsorgeuntersuchung schwerwiegende Erkrankungen bzw. Operationen.

ja _____ nein