

Vorsorge U4

Name des Kindes:

	Gab/gibt es bei Ihrem Kind bisher...	
nein	• <i>schwerwiegende Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle?</i>	ja
nein	• <i>Schwierigkeiten beim Trinken und Füttern, Erbrechen oder Schluckstörungen?</i>	ja
nein	• <i>auffällige Stühle? (z.B. Verstopfung, die für das Kind ein Problem ist)</i>	ja
nein	• <i>auffälliges Schreien?</i>	ja
nein	Gibt es besondere Belastungen in der Familie?	ja
nein	Sind Sie als Mutter (oder Vater) alleinerziehend?	ja
nein	Leben Sie selbst in einer betreuten Einrichtung?	ja
nein	Ist Ihr Kind teilweise in fremder Betreuung (Großeltern, Tagesmutter, Krippe)?	ja
	Wie ernähren Sie Ihr Kind?	
ja	• <i>Stillen Sie Ihr Kind voll?</i>	nein
	• <i>Wenn ja, wie oft?: _____ mal am Tag/pro 24 Stunden.</i>	
	• <i>Wenn nein, was füttern Sie alternativ/ergänzend?: _____.</i>	
	• <i>Wie oft?: _____ mal am Tag/pro 24 Stunden.</i>	

Ist die Stuhlfarbe Ihres Kindes

eher so

oder eher so?



Mein / Unser Kind kann		
Grobmotorik		
ja	... seine Arme und Beine beidseitig und auch abwechselnd kräftig beugen und strecken.	nein
ja	... seinen Kopf in der Sitzhaltung mindestens 30 Sekunden halten.	nein
ja	... sich in der Bauchlage auf den Unterarmen abstützen und den Kopf mindestens eine Minute gehoben halten.	nein
Feinmotorik		
ja	... seine Hände spontan zur Körpermitte bringen.	nein
Wahrnehmung / Kognitive Entwicklung		
ja	... ein Gesicht anschauen und ihm folgen, wenn es sich bewegt.	nein
ja	... eine Geräuschquelle durch Kopfdrehen sehen/erkennen.	nein
Soziale / emotionale Kompetenz		
ja	... sich über Zuwendung freuen und Blickkontakt halten.	nein
ja	... auf Ansprache reagieren und das Lächeln einer Bezugsperson erwidern („soziales Lächeln“).	nein

Erstellt: Zschommler		
Datum: 17.04.2020		Version: 1.1 Internetversion