

Liebe _____ Sie haben mit Ihrer Tochter / Ihrem Sohn
_____ am _____ um _____ Uhr einen
Termin zur

Entwicklungskontrolle mit 9 Monaten zwischen der U5 und der U6

Zur Vorbereitung auf diese Untersuchung habe ich den folgenden Fragebogen zusammengestellt. Wenn Sie ihn ausfüllen soweit Sie können, fällt Ihnen vielleicht das eine oder andere auf, was Sie besonders gerne ausführlicher mit mir besprechen möchten!

Schlaf: Mein Kind ...

- .. kennt ein regelmäßiges „Gute Nacht Ritual“ mit Bettfertigmachen, Lied etc. ja nein
- .. schläft in der Regel problemlos ein ja nein
- .. schläft problemlos fast jede Nacht durch ja nein
- .. schläft in seinem Bettchen ein, wenn ich/wir rausgegangen bin/sind ja nein
- .. schläft immer noch oft in meinem/unserem Bett, obwohl ich/
wir das nicht gern sehe(n) ja nein
- .. weint manchmal nachts ohne erkennbaren Grund und ist dann schwer zu beruhigen? ja nein

Ernährung / Verdauung: Mein Kind ...

- .. bekommt ca. _____ x / Tag die Brust /Flasche , und zwar: _____
- .. verlangt nachts noch zu Trinken und bekommt Wasser, Milch, _____ nein
- .. bekommt zu essen (Familienkost / Mischkost, Babygläschen, vegetarisch, etc.):

-
- .. ist ausgesprochen wählerisch beim Essen ja nein
 - Ich habe das Gefühl, dass mein Kind untergewichtig / übergewichtig ist ja nein
 - .. trinkt am Tag weniger als 0,5 l zwischen 0,5 und 1 l mehr als 1 l mehr als 2 l
 - .. hat am Tag _____ mal Stuhlgang
 - .. hat häufig Probleme mit festem Stuhlgang ja nein
 - .. neigt zu Durchfällen ja nein
 - ... wenn ja: trinkt Ihr Kind viel Säfte / insbesondere Apfelsaft? ja nein

Sprache: Mein Kind ...

- ... isst bereits Kost, die kleine Stückchen enthält („8-Monatsgläschen“, mit der Gabel Zerdrücktes) ja nein
- .. imitiert Sprachlaute / „hält Reden“ in „seiner“ Sprache ja nein
- .. plappert in Silbenverdoppelungen / -ketten (dadadada, gagagaga, grrrrr) ja nein
- .. gurr und lacht laut ja nein

Verhalten: Mein Kind ...

- .. macht Wünsche bereits ohne Schreien deutlich ja nein
- .. spielt schon Verstecken mit mir (Guck-Guck) ja nein
- .. widersteht der Wegnahme eines Spielzeugs durch mich oder andere Kinder ja nein
- .. kullert schon einen Ball ja nein
- .. greift nach Spielzeug außerhalb der Reichweite ja nein
- .. hat zuweilen heftige Wutanfälle und ist dann schwer zu beruhigen ja nein
- .. geht zum Kinderturnen, Babyschwimmen, musikalischer Früherziehung o.ä.
wenn ja, was seit wann? _____ ja nein
- .. geht bereits zur Tagesmutter, Krabbelgruppe Kinderkrippe ja nein
- Wenn ja, bleibt es dort problemlos alleine? ja nein

Mein Kind schaut schon alleine fernsehen ja nein
wenn ja: ca. _____ Stunden / Tag

Mein Kind ist bei uns im Zimmer, wenn wir fernsehen
wenn ja: ca. _____ Stunden / Tag ja nein

Geschicklichkeit: Mein Kind ...

- .. nimmt zwei Spielzeuge und haut sie gegeneinander ja nein
- .. sammelt Fusseln und Krümel mit Zeigefinger und Daumen auf ja nein
- .. steckt alles in den Mund ja nein
- .. hält die Flasche beim Trinken schon alleine ja nein
- .. versucht schon, den Löffel mit Brei selbst in den Mund zu schieben ja nein
- .. befühlt und untersucht Gegenstände ja nein

Stehen und Laufen: Mein Kind ..

- .. dreht sich alleine vom Bauch auf den Rücken ja nein
- .. dreht sich alleine vom Rücken auf den Bauch ja nein
- .. sitzt schon sicher frei ja nein

Im Sitzen auf dem Boden sind die Beine: nach vorne ausgestreckt, gebeugt, untergeschlagen
 eins untergeschlagen, eins gestreckt

- .. kann sich schon alleine hinsetzen ja nein
- .. robbt, krabbelt, rollt oder rutscht auf dem Po, um vorwärts zu kommen ja nein
- .. zieht sich bereits in den Kniestand hoch ja nein
- .. geht bereits zur Tagesmutter, Krabbelgruppe Kinderkrippe ja nein
- Wenn ja, bleibt es dort problemlos alleine? ja nein
- .. geht zum Kinderturnen, Babyschwimmen, musikalischer Früherziehung o.ä. ja nein
- wenn ja, was seit wann? _____

Wahrnehmung, Hören und Sehen: Mein Kind ..

- .. betrachtet sich gern im Spiegel ja nein
- .. sieht Rosinen etc. auf dem Tisch und sammelt sie auf ja nein
- .. hat ein Lieblingsspielzeug, und zwar _____ ja nein

War Ihr Kind schon einmal beim Augenarzt?

- .. lauscht, wenn es Schritte hört ja nein
- .. wendet den Kopf, wenn jemand neben ihm flüstert ja nein
- .. dreht den Kopf direkt dorthin, wo der Ton herkommt ja nein

.. sucht, woher die Musik kommt, auch wenn die Lautsprecher oberhalb des Kopfes stehen ja nein

Hat Ihr Kind häufig Mittelohrentzündungen? ja nein

Hatten Sie je den Eindruck, dass Ihr Kind schlecht hört? ja nein

War Ihr Kind schon einmal beim Hals-Nasen-Ohrenarzt? ja nein

Ist bei Ihrem Kind schon einmal ein Hörtest gemacht worden? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Vorsorgliche Behandlungen:

Bekommt Ihr Kind die D-Fluorette / Vigantolette / Vigantölöl? ja nein

Hat Ihr Kind schon einen Zahn / Zähne? ja nein

Wenn ja: Beugen Sie eine Karies durch Verwendung einer Fluorid-haltigen Zahncreme vor? ja nein

Fragen:

Worüber möchten Sie gerne ausführlicher mit mir sprechen?
