

U5

6. – 7. LEBENSMONAT

Praxisstempel



Foto: famveldman

Schwerpunkte:

Altersgerechte
Entwicklung, soziale
Interaktionsfähigkeit

Datum

Name des Kindes

| | Ja | Nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Kann Ihr Kind beidhändig nach Gegenständen greifen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Kann Ihr Kind sich aktiv vom Rücken auf den Bauch oder umgekehrt drehen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Erkundet Ihr Kind Gegenstände mit den Händen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Beobachtet Ihr Kind gezielt Gegenstände und Bewegungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Lacht Ihr Kind laut auf? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Lässt sich Ihr Kind durch Zureden beruhigen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Füttern Sie Beikost mit dem Löffel? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Schläft Ihr Kind mindestens 6 Stunden durch? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Fühlen Sie sich durch Ihren Partner bzw. Freunde/Familie ausreichend unterstützt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Sind Sie bereits wieder berufstätig bzw. planen Sie in Kürze den Wiedereinstieg ins Arbeitsleben? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Bekommt Ihr Kind täglich Vitamin D/Fluor? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Gibt Ihr Kind rhythmische Laute wie dei-dei-dei von sich? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |