



Name des Kindes:

Gab/gibt es bei Ihrem Kind seit der letzten Vorsorge-Untersuchung...		
nein	• <i>schwerwiegende Erkrankungen, Operationen oder schwere Infektionen?</i>	ja
nein	• <i>auffälliges / nicht altersgemäßes Essverhalten?</i>	ja
nein	• <i>auffällige Stühle?</i>	ja
nein	• <i>Probleme beim Hören? (Ihr Kind sollte auf laute und leise Schallreize reagieren und den Kopf zur Schallquelle wenden können.)</i>	ja
nein	• <i>regelmäßiges Schnarchen?</i>	ja
ja	Machen Sie regelmäßige Kariesprophylaxe? (Fluorhaltige Tablette oder Putzen mit Fluoridpaste)	nein
ja	Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?	nein
ja	Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?	nein
ja	Besucht Ihr Kind die Kita? Wenn ja: welche:	nein
nein	Gibt es besondere Belastungen in der Familie?	ja
Mein / Unser Kind kann		
Grobmotorik		
ja	... über längere Zeit frei und sicher gehen.	nein
ja	... drei Stufen im Kinderschritt hinunter gehen, hält sich mit einer Hand fest.	nein
Feinmotorik		
ja	... eine flache Spirale malen oder kratzeln	nein
ja	... eingewickelte Bonbons oder andere kleine Gegenstände auswickeln oder auspacken.	nein
Sprache		
ja	... Einwortsprache sprechen (wenigstens zehn richtige Wörter ohne Mama und Papa).	nein
ja	... einfache Aufforderungen verstehen und befolgen.	nein
ja	... durch Gestik oder Sprache (Kopfschütteln oder Nein-Sagen) ausdrücken, dass es etwas ablehnt oder eigene Vorstellungen hat.	nein
ja	... auf drei benannte Körperteile zeigen oder blicken.	nein
Wahrnehmung / Kognitive Entwicklung		
ja	... drei Würfel stapeln.	nein
ja	... im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände zeigen.	nein
Soziale / emotionale Kompetenz		
ja	... etwa 15 min allein bleiben/spielen, auch wenn Mutter/Vater nicht im Zimmer, jedoch in Nähe ist.	nein
ja	... mit dem Löffel selber essen.	nein
ja	... Interesse an anderen Kindern zeigen.	nein
ja	... benutzt Ihr Kind bereits das Töpfchen auf Toilette?	nein
Interaktion / Kommunikation		
ja	... versuchen, uns Eltern irgendwo hinzuziehen.	nein

Datum und Unterschrift Elternteil