

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"/>