

# U6

## 10. – 12. LEBENSMONAT

### Praxisstempel



Foto: vgajic - iStock

#### Schwerpunkte:

Feinmotorik,  
Beweglichkeit,  
Sprachentwicklung

Datum	Name des Kindes		Ja	Nein
		1. Kann Ihr Kind sicher sitzen und sich aus der Sitzposition zu allen Seiten abstützen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		2. Kann Ihr Kind sich alleine zum Stand hochziehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		3. Macht Ihr Kind erste Schritte an der Hand oder an Möbeln entlang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		4. Kann Ihr Kind kleine Gegenstände ergreifen (z. B. Krümel)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		5. Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind einfache Worte wie „Nein“ oder „Gib mir den Ball“ versteht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		6. Reagiert Ihr Kind auf die Nennung seines Namens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		7. Spricht Ihr Kind einzelne Worte bzw. Doppellaute (ma-ma, pa-pa)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		8. Findet Ihr Kind beim Spiel versteckte Gegenstände wieder bzw. sucht nach ihnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		9. Haben Sie mögliche Unfallquellen im Blick (beispielweise verschluckbare Gegenstände, Tischdecken, Treppen, Lauflernhilfe)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		10. Kann Ihr Kind sich zeitweise von Ihnen trennen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		11. Schläft Ihr Kind nachts durch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		12. Isst Ihr Kind mit Ihnen am Tisch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		13. Trinkt Ihr Kind andere Flüssigkeiten außer Milch (Wasser/ungesüßter Tee)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		14. Finden Sie neben der Betreuung Ihres Kindes Zeit für eigene Freiräume und Entlastungsmöglichkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		15. Bekommt Ihr Kind täglich Vitamin D/Fluor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>