U7a

34. – 36. LEBENSMONAT

Praxisstempel

Foto: Olesia Bilkei - Fotolia

Schwerpunkte:
Allergische Erkrankungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Übergewicht, Sprachentwicklungsstörungen, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien

Datum _____ **Name des Kindes** _____

	Ja	Nein
1. Kann Ihr Kind eine kleine Stufe oder einen Tritt herunterspringen?	○	○
2. Zieht Ihr Kind sich teilweise selbstständig aus?	○	○
3. Kann Ihr Kind mehrere Bausteine über- bzw. nebeneinander legen?	○	○
4. Beteiligt Ihr Kind andere Personen oder Puppen, Figuren etc. an seinem Spiel?	○	○
5. Kann Ihr Kind alleine spielen und übernimmt es selbst Rollen beim Spiel?	○	○
6. Kommen Sie selbst mit der neuen Selbstständigkeit Ihres Kindes zurecht?	○	○
7. Gelingt es Ihnen, Ihrem Kind deutliche Grenzen zu setzen?	○	○
8. Spricht Ihr Kind Mehrwortsätze?	○	○
9. Stellt Ihr Kind häufig W-Fragen? (Wer/Was/Warum etc.)	○	○
10. Gibt Ihr Kind Ihnen zu verstehen wenn es Harn- oder Stuhldrang verspürt?	○	○
11. Hat Ihr Kind Schnuller bzw. Nuckelflasche abgegeben?	○	○
12. Sucht Ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern?	○	○
13. Ist Ihr Kind in einer Kinderbetreuung?	○	○
14. Fühlt es sich wohl in der Betreuung? Kommt es mit den Betreuern und den anderen Kindern gut zurecht?	○	○
15. Haben Sie ausreichende Kontrolle über die Beschäftigung Ihres Kindes mit elektronischen Medien? (Computer, Tablet, Mobilfunk und insbesondere TV)	○	○
16. Ist es hierbei immer unter Ihrer Aufsicht?	○	○
17. Begrenzen Sie den Medienkonsum Ihres Kindes auf ca. maximal 30 Minuten pro Tag?	○	○

Kopiervorlage für den Hausarzt aus Sonderheft Der Hausarzt 2017, © mm medizin + medien Verlag GmbH