U6

Datum:_____

Name_____ geb._____ Alter: _____Monate

Elternfragen	**ja**	**nein**
Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?	☐	☐
Geht Ihr Kind an Möbeln entlang?	☐	☐
Blättert es eine Seite um?	☐	☐
Macht es ‚winke-winke' oder ‚bitte-bitte'?	☐	☐
Sagt es zu Ihnen Mama/Papa?	☐	☐
Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind gut hört?	☐	☐
Dreht Ihr Kind den Kopf in die Richtung aus der ein leises Geräusch kommt?	☐	☐
Reagiert Ihr Kind, wenn Sie es leise ansprechen?	☐	☐
Folgt Ihr Kind einer Aufforderung etwas zu tun?	☐	☐
Bewegt es sich rhythmisch zu Musik oder Liedern?	☐	☐
Freut es sich über andere Kinder?	☐	☐
Freut es sich über Zuwendung (Blickkontakt, Streicheln, Schmusen)?	☐	☐
Schaut es sich gerne im Spiegel an?	☐	☐
Trinkt es schon mit etwas Hilfe aus einer Tasse/einem Becher?	☐	☐
Klappen die Mahlzeiten meist problemlos?	☐	☐
Kann sich Ihr Kind schon kurz alleine beschäftigen?	☐	☐
Braucht es nur selten länger als 30 min zum Einschlafen?	☐	☐
Kommt es nur selten mehr als 2 mal in der Nacht schreiend auf?	☐	☐
Hat es mindestens 3 mal pro Woche schmerzfrei Stuhlgang?	☐	☐
Ist die Zusammensetzung Ihrer Familie unverändert?	☐	☐
Geht es Ihnen und Ihrer Familie gut?	☐	☐
Gibt es jemanden, der Sie wenigstens stundenweise entlastet?	☐	☐

Wer betreut Ihr Kind tagsüber? _____

Unterschrift Bezugsperson_____