

Name:.....Geb. Datum:.....

Datum der Untersuchung:.....

### 6 Monate – U5

		Ja	Nein
<b>Motorik</b>			
<u>Rückenlage:</u>	Kann die Füße greifen	0	0
	Dreht sich zur Seite	0	0
	Dreht sich vom Rücken auf den Bauch	0	0
<u>Bauchlage:</u>	hebt Kopf an, hält ihn hoch und dreht ihn beidseits	0	0
	Abstützen mit gestreckten Armen auf Handflächen	0	0
<b>Sprache</b>			
	„Erzählt“ spontan und auf Ansprache	0	0
	Variiert beim Erzählen im Tonfall und Rhythmus	0	0
	Spricht Silben oder Silbenketten wie „da, dada,ge,gege,ra,re,de,go usw.	0	0
<b>Erkunden</b>			
	Gezieltes Greifen mit beiden Händen	0	0
	Übergeben eines Gegenstandes von einer Hand in die andere	0	0
	Steckt Gegenstände in den Mund	0	0
	Verfolgt sich bewegende Gegenstände aufmerksam mit den Augen	0	0
<b>Sozialverhalten und Schlaf</b>			
	Hält stabil Blickkontakt	0	0
	Reagiert mit Lächeln auf vertrautes Gesicht	0	0
	Reagiert auf Ansprache mit Lautem, Mimik und Arm-Bein-Bewegung	0	0
	Lacht laut	0	0
	Signalisiert Unbehagen bei Hunger, Langeweile, nasser Windel...	0	0
	Schläft ausreichend, relativ stabiler Tag-Nacht-Schlafrhythmus	0	0
<b>Ernährung und Stuhlgang</b>			
	<input type="checkbox"/> Muttermilch		
	<input type="checkbox"/> Formulamilch		
	<input type="checkbox"/> Brei		
	Probleme bei der Ernährung? _____		
	Geben Sie Ihrem Kind täglich Vitamin D?	0	0
	Stuhlgang regelmäßig, keine Verstopfung, kein Durchfall?	0	0
<b>Sonstiges</b>			
	Wie schätzen Sie Ihre eigenen Energiereserven aktuell von 0-10 ein: _____ (0 = sehr erschöpft, traurig, überfordert etc.; 10 = hervorragend, glücklich, komme gut zurecht)		
	Haben Sie spezielle Fragen oder Anliegen? falls ja: _____	0	0