

Liebe _____ Sie haben mit Ihrer Tochter / Ihrem Sohn
 _____ am _____ um _____ Uhr einen Termin zur

Entwicklungskontrolle mit 1 ½ Jahren

Zur Vorbereitung auf diese Untersuchung habe ich den folgenden Fragebogen zusammengestellt. Wenn Sie ihn ausfüllen soweit Sie können, fällt Ihnen vielleicht das eine oder andere auf, was Sie besonders gerne ausführlicher mit mir besprechen möchten!

Schlaf: Mein Kind ...

- .. kennt ein regelmäßiges „Gute Nacht Ritual“ mit Geschichte / Lied etc. ja nein
- .. schläft in der Regel problemlos ein ja nein
- .. schläft problemlos fast jede Nacht durch ja nein
- .. schläft in seinem Bettchen ein, wenn ich/wir rausgegangen bin/sind ja nein
- .. schläft immer noch oft in meinem/unserem Bett, obwohl ich/wir das nicht gern sehe(n) nein ja
- .. weint manchmal nachts ohne erkennbaren Grund und ist dann schwer zu beruhigen? nein ja

Ernährung / Verdauung: Mein Kind ...

- .. bekommt noch die Flasche ja und zwar: _____ nein
- .. verlangt nachts noch zu Trinken und bekommt Wasser, Milch, _____ nein
- .. bekommt zu essen (Familienkost / Mischkost, Babygläschen, nur Püriertes, vegetarisch, etc.):

-
- .. ist ausgesprochen wählerisch beim Essen nein ja
 - ... kaut bereits mühelos feste Nahrung nein ja
 - Ich habe das Gefühl, dass mein Kind untergewichtig / übergewichtig ist ja nein
 - .. trinkt am Tag weniger als 0,5 l zwischen 0,5 und 1 l mehr als 1 l mehr als 2 l
 - .. hat am Tag _____ mal Stuhlgang
 - .. hat häufig Probleme mit festem Stuhlgang nein ja -
 - .. neigt zu Durchfällen nein ja
 - ... wenn ja: trinkt Ihr Kind viel Säfte / insbesondere Apfelsaft? nein ja

Sprache: Mein Kind ...

- .. macht Wünsche durch verständliche Lautäußerungen ohne Schreien deutlich ja nein
- .. sagt bereits „Mama“ und „Papa“ und meint uns auch damit ja nein
- .. spricht mindestens drei weitere Worte, die auch andere verstehen ja nein
- .. macht mindestens zwei erkennbare Tierlaute (wau wau, gackgack) nach ja nein
- ...versteht und befolgt Verbote („nein-nein“) ja nein

Verhalten: Mein Kind ...

- .. macht den Mund auf, wenn ich es ihm sage ja nein
- .. kommt, wenn ich es darum bitte ja nein
- .. macht „bitte“, wenn es dazu aufgefordert wird ja nein
- .. spielt schon Ball mit mir (werfen) ja nein
- .. trinkt schon allein aus der Tasse ja nein
- .. packt Eingewickelt aus ja nein
- .. zeigt mit dem Zeigefinger ja nein
- .. räumt gern Dinge ein und aus (aus Korb, Kiste, Schublade) ja nein
- .. macht Hausarbeiten nach (waschen, kochen/rühren, Tisch decken und hilft mir schon) ja nein
- .. zieht sich selbst schon Kleidungsstücke (mehr als Mütze und Socken) aus ja nein
- .. reagiert auf Veränderungen meiner Stimme (ernst, streng, spassig) ja nein
- .. kommt zu mir, um getröstet zu werden, hört bei Zuspruch auf zu weinen ja nein
- .. hat zuweilen heftige Wutanfälle und ist dann schwer zu beruhigen nein ja
- .. geht bereits zur Tagesmutter, Krabbelgruppe Kinderkrippe ja nein
- Wenn ja, bleibt es dort problemlos alleine? ja nein

.. geht zum Kinderturnen, Babyschwimmen, musik. Früherziehung, Kinderturnen o.ä. ja nein
wenn ja, was und seit wann? _____

Wie lange schaut Ihr Kind fernsehen am Tag? gar nicht
 weniger als ½ Stunde ½ -1 Stunden 1 - 3 Stunden mehr als 3 Stunden
 auch alleine nur mit Ihnen zusammen

Geschicklichkeit: Mein Kind ...

.. fängt an zu malen / kritzelt auf Papier ja nein
.. klopft gern mit Gegenständen aneinander und freut sich am Geräusch/Krach ja nein
.. baut schon Türmchen aus 2 Bauklötzen ja nein
.. schüttelt interessante Gegenstände ja nein
.. schüttet schon Dinge aus (Rosinen aus einer Flasche, Bauklötze aus einem Topf) ja nein
.. befühlt und untersucht Gegenstände ja nein
.. bohrt mit dem Fingerchen in allen Löchern (Steckdosen sind schon gefährlich) ja nein

Stehen und Laufen: Mein Kind ..

.. sitzt schon sicher ja nein
Im Sitzen auf dem Boden sind die Beine: nach vorne ausgestreckt, gebeugt,
 untergeschlagen eins untergeschlagen, eins gestreckt
.. sitzt problemlos auf einem Stuhl ja nein
.. kann sich schon alleine hinstellen ja nein
.. läuft bereits frei ja nein
.. krabbelt / geht alleine die Treppe hinauf ja nein
.. kickt im Stand schon einen Ball o.ä. ja nein

Wahrnehmung, Hören und Sehen: Mein Kind ..

...erkennt selbst kleinste Fusseln und Krümel? ja nein
.. erkennt bekannte Personen schon von Weitem ja nein
.. schaut gern Bilderbücher an ja nein
.. und dabei verliert es erst nach ca _____ Minuten die Geduld
.. betrachtet sich im Spiegel ja nein
.. erkennt bereits _____ Personen aus seiner Umgebung sicher ja nein
.. hat ein Lieblingsspielzeug, und zwar _____ ja nein
.. lauscht, wenn es Schritte hört ja nein
.. wendet den Kopf, wenn jemand neben ihm flüstert ja nein
.. befolgt auch geflüsterte Aufforderungen ja nein
.. dreht den Kopf direkt dorthin, wo der Ton herkommt ja nein
.. such, woher die Musik kommt, auch wenn die Lautsprecher oberhalb von
seinem Kopf stehen ja nein
Hat Ihr Kind häufig Mittelohrentzündungen? ja nein
Hatten Sie je den Eindruck, dass Ihr Kind schlecht hört oder sieht? _____ ja nein
War Ihr Kind schon einmal beim Augenarzt? ja nein
War Ihr Kind schon einmal beim Hals-Nasen-Ohrenarzt? ja nein
Ist bei Ihrem Kind schon einmal ein Hörtest gemacht worden? ja nein
Wenn ja, wann? _____

Vorsorgliche Behandlungen:

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Vitamin D (z.B. D-Fluorette Vigantolette /Dekristol...) ja nein
Hat Ihr Kind schon einen Zahn / Zähne? ja nein
Wenn ja: Beugen Sie Karies durch Verwendung einer Fluorid-haltigen Zahncreme vor? ja nein
Wenn ja: Waren Sie mit Ihrem Kind schon einmal beim Zahnarzt? ja nein

Fragen:

Worüber möchten Sie gerne ausführlicher mit mir sprechen? _____