

U6

Name des Kindes:

Datum:

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