



Patientenname: _____, geb. _____

Bitte kreuzen sie das Zutreffende an.

- | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| Zieht Ihr Kind sich an Möbeln hoch? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Läuft Ihr Kind schon an Möbeln entlang? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Greift es nach kleinen Dingen (Körnchen, Fusseln)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Klatscht es in die Hände und winkt es? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erzählt es in langen Silbenketten? (mamamam, papapp) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Spricht es erste gezielte Worte? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Unterscheidet es vertraute und fremde Personen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nimmt es Kontakt mit anderen auf? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Versteht es kleine Verbote und Aufforderungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann es sich eine Weile allein beschäftigen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schafft es Ihr Kind, allein einzuschlafen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gibt es Probleme beim Essen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Reagiert Ihr Kind auf Geräusche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Hilfe bei der Betreuung Ihres Kindes? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Hilfe bei der Betreuung Ihres Kindes? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Worüber freuen Sie sich besonders?

Macht Ihnen etwas Sorgen?

Ihre Fragen:
