

Name:  
Geburtsdatum:

# U5

Liebe Eltern,  
es sind seit der letzten Untersuchung einige Wochen vergangen. Und wieder habe ich einige Fragen zu den Dingen, die Ihr Kind in der Zwischenzeit gelernt hat.

**Umkreisen Sie bitte die jeweils zutreffende Antwort.**

Wendet sich Ihr Kind auch leisen Geräuschen zu? Ja Nein

"Erzählt" Ihr Kind? Ja Nein

Wie stützt Ihr Kind sich auf den Armen ab?



Fasst es seine Beine oder Füße an? Ja Nein

Greift Ihr Kind selbst einen Gegenstand? Ja Nein

Nimmt Ihr Kind Gegenstände von der einen in die andere Hand? Ja Nein

Beobachtet Ihr Kind seine Umgebung? Ja Nein

Schielt Ihr Kind? Nein Ja

Dreht sich Ihr Kind vom Rücken auf die Seite? Ja Nein

Dreht es sich schon auf den Bauch? Ja Nein

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Vitamin D? Ja Nein

Geben Sie Ihrem Kind schon Löffelkost? Ja Nein

Wenn ja, geben Sie ihm auch schon Fleisch? Ja Nein

Bekommt Ihr Kind außer Milch und Wasser (Tee) andere Getränke? Nein Ja

Wenn ja, welche?

Gibt es etwas, worüber Sie sich Sorgen machen? Nein Ja

Wenn ja, was ist es?