

## Fragen & Notizen zur U6

Die Fragen und Notizen helfen Ihnen, sich auf das Gespräch mit Ihrer Kinderärztin oder Ihrem Kinderarzt vorzubereiten. Vielleicht kann Ihr Kind schon das eine oder andere.

Am besten beantworten Sie die Fragen kurz vor dem Gespräch (bitte so  ankreuzen).




### Mein Kind ...

- ... sitzt frei, ohne sich mit den Händen abzustützen.
- ... bewegt sich krabbelnd, kriechend, rutschend vorwärts und/oder rückwärts oder geht bereits mit Festhalten an Möbeln oder Wand entlang.
- ... greift kleine Gegenstände (Fusseln, Körnchen, Linsen u. Ä.) mit Daumen und Zeigefinger.
- ... betrachtet Gegenstände, Spielzeuge, die es in den Händen hält, genau und aufmerksam.
- ... dreht den Kopf, wenn ich neben ihm flüstere oder leise singe.
- ... ahmt kleine Gesten und Mimik nach (z. B. Winke-winke, Backe-backe-Kuchen).
- ... versteht kleine Verbote (nein, nein) und Aufforderungen (den Mund aufzumachen, zu kommen, zu essen u.a.).
- ... spricht deutlich abgesetzte und deutlich hörbare Kombinationen mit zwei Silben: ba-ba, la-la, ga-ga u. a. oder spricht bereits sog. Symbolsprache (z.B. "nam-nam" für Essen, "wau-wau" für Hund) oder sogar schon einzelne Wörter.
- ... nimmt von sich aus Kontakt mit anderen auf.
- ... reagiert unterschiedlich auf vertraute und fremde Personen.

Hat Ihr Kind häufiger Husten?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es Auffälligkeiten an der Haut?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind schon einmal gestürzt (aus dem Bett, vom Wickeltisch, auf der Treppe) oder hat es sich schon einmal verbrüht?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Weiter auf der nächsten Seite

Gibt es Probleme beim Essen? Falls ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zeigt Ihr Kind Probleme beim Ein- und/oder Durchschlafen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Waren Sie schon einmal sehr ärgerlich mit Ihrem Kind?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich manchmal überfordert und ausgelaugt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es außer Ihnen noch andere wichtige Betreuungspersonen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

 Darüber freue ich mich besonders:
 Das macht mir Sorgen:
 Meine Fragen:

## Wenn Ihr Kind entwicklungsverzögert oder behindert ist:

Welche Fortschritte und neuen Entwicklungen haben Sie bei Ihrem Kind beobachten können?	
Haben Sie Kontakt zu Familien in ähnlicher Situation, z.B. über Selbsthilfegruppen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern, z. B. in einer Krabbel- oder Spielgruppe?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>