**Vor- und Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum der Behandlung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Aktuelle Anamnese des Kindes:**

Gab es schwerwiegende Erkrankungen

oder Operationen seit der letzten Untersuchung? O Nein O Ja

Gibt es Schwierigkeiten beim Trinken und Füttern,

besteht eine Schluckstörung? Oder erbricht Ihr Kind? O Nein O Ja

Leidet Ihr Kind unter Verstopfungen? O Nein O Ja

Schreit Ihr Kind auffällig? O Nein O Ja

**Sozialanamnese:**

Wie ist die Betreuungssituation? Wird Ihr Kind von

anderen Personen (z.B. Tagesmutter, Kita) betreut? O Nein O Ja

Bestehen besondere Belastungen in der Familie? O Nein O Ja

**Grobmotorik:**

Kann Ihr Kind die Arme kräftig wechselnd und

beidseitig beugen und strecken? O Ja O Nein

Hält Ihr Kind den Kopf in der Sitzhaltung für mindestens

30 Sekunden aufrecht? O Ja O Nein

Toleriert Ihr Kind die Bauchlage? O Ja O Nein

Kann Ihr Kind ein bewegtes Gesicht fixieren und

folgt diesem? O Ja O Nein

Versucht Ihr Kind durch Kopfdrehen Quellen eines

bekannten Geräusches zu sehen? O Ja O Nein

**Feinmotorik:**

Kann Ihr Kind die Hände spontan zur Körpermitte

(beide Hände zusammen zum Mund oder Bauch)bringen? O Ja O Nein

**Soziale / emotionale Kompetenz:**

Freut sich Ihr Kind über Zuwendungen? O Nein O Ja

Kann Ihr Kind den Blickkontakt halten? O Nein O Ja

Reagiert Ihr Kind auf Ansprache? O Nein O Ja

Erwidert Ihr Kind das Lächeln einer Bezugsperson? O Nein O Ja

**Regulation / Stimulation:**

Lässt sich Ihr Kind durch Wiegen, Singen oder Ansprache

in kurzer Zeit von seiner Bezugsperson beruhigen? O Nein O Ja

Reagiert Ihr Kind angemessen auf lauter Geräusche,

helles Licht oder Berührungen? O Nein O Ja