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

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

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

**Aktuelle Anamnese des Kindes:**

Gab es schwerwiegende Erkrankungen, Krampfanfälle

oder Operationen seit der letzten Untersuchung? O Nein O Ja

Gibt es Schwierigkeiten beim Trinken oder besteht

eine Schluckstörung? O Nein O Ja

Wird das Kind altersgerecht ernährt? O Nein O Ja

Schreit ihr Kind auffällig? O Nein O Ja

**Familienanamnese:**

Bestehen in der Familie eine Augenerkrankung

(z.B. Kinderliche Katarakt, Strabismus, Amblyopie,

oder erbliche Augenkrankheiten)? O Nein O Ja

Bestehen angeborene Hörstörungen oder

Ohrfehlbildungen? O Nein O Ja

Bestehen Immunabwehr-Störung? O Nein O Ja

**Sozialanamnese:**

Wie ist die Betreuungssituation? Wird ihr Kind von

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

Bestehen besondere Belastungen in der Familie? O Nein O Ja

**Grobmotorik:**

Kann Ihr Kind den Kopf in schwebender Bauchlage für

wenigstens 3 Sekunden halten? O Ja O Nein

Kann Ihr Kind den Kopf für 10 Sekunden in Mittelstellung

halten? O Ja O Nein

Kann Ihr Kind den Kopf in Rückenlage für 10 Sekunden in

Mittelstellung halten? O Ja O Nein

**Feinmotorik:**

Kann Ihr Kind die Hände spontan öffnen? O Ja O Nein

Sind die Hände Ihres Kindes noch eher geschlossen? O Ja O Nein

**Perzeption/Kognition:**

Kann Ihr Kind mit dem Augen einen Gegenstand nach

beiden Seiten mindestens 45 Grad verfolgen? O Ja O Nein

**Soziale/emotionale Kompetenz:**

Schaut Ihr Kind aufmerksam auf nahe Gesichter nächster

Bezugspersonen? O Ja O Nein

**Regulation / Stimulation:**

Lässt sich Ihr Kind durch Wiegen, Singen oder Ansprache

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

Reagiert Ihr Kind angemessen auf laute Geräusche,

helles Licht und Berührungen? O Ja O Nein