

58. - 62. Monat

Körpergewicht kg

Körperlängecm

Kopfumfang cm

Anamnestic Angaben:

auffällig

ja nein

Motorische Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperkoordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feinmotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitive Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachentwicklung altersgemäß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbständigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltensauffälligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnhygiene eingeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischenzeitliche Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfohlene Impfungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Untersuchungsbefunde

Laborbefunde

fachärztlich-orthopädische Kontrolle

augenfachärztlicher Befund

HNO-Befund

Erkrankungen, Therapie etc.

falls erforderlich, hier eintragen:

Untersuchungsbefund

auffällig

ja nein

Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorische Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialentwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organbefund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebiss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinnesorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blutdruck

Datum:.....

.....
Stempel, Unterschrift des Arztes