

## 58. - 62. Monat

Körpergewicht ..... kg

Körperlänge .....cm

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