

Name des Kindes :

Datum :

1/7

Geburtsdatum :

E-Mail Adresse :

GEWOHNHEITEN IHRES KINDES

ERNÄHRUNG :

◆ **Essenszeiten :**

- auf Anfrage des Kindes
- feste Uhrzeiten

◆ **Rhythmus. Wie trinkt Ihr Kind ? :**

- schnell
- langsam
- mit Pausen

◆ **Welche Milch ? :**

- Muttermilch
- Adaptierte Milch
- Kuhmilch

- welche Marke ? _____
- Anzahl Flaschen _____
- Menge pro Flasche _____
- Temperatur _____

Welches Wasser ? : _____

◆ **Welchen Sauger verwenden Sie ?**

◆ **Temperatur der Flasche ?**

- Raumtemperatur
- heiss

◆ **Wie trinkt Ihr Kind ?**

- in den Armen
- in einer Babywippe
- sur une chaise
- in einem Kindersitz
- in einem baby-relax
- andere.....

◆ **Andere Nahrung :**

Geben Sie im schon :

- Gemüse
- Früchte
- Fleisch
- Fisch
- Teigwaren
- Reis
- Eier
- Käse
- petits-suisse
- Joghurt
- Brot
- Kekse

Wie geben Sie das Gemüse ? :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> - mit dem Löffel | <input type="checkbox"/> - in der Flasche |
| <input type="checkbox"/> - mit der Gabel | |

Konsistenz der Nahrung :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> - fein gemixt | <input type="checkbox"/> - mit der Gabel zerdrückt |
| <input type="checkbox"/> - in Stücken | |

◆ **Ihr Kind isst :**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> - selbstständig | <input type="checkbox"/> - mit Hilfe |
| <input type="checkbox"/> - mit der Flasche | <input type="checkbox"/> - mit dem Löffel |

◆ **Ihr Kind trinkt :**

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> - Wasser | <input type="checkbox"/> - Kräutertee |
| <input type="checkbox"/> - Fruchtsaft | <input type="checkbox"/> - andere |

Wie ?

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> - Flasche | <input type="checkbox"/> - im Glas oder Tasse |
|------------------------------------|---|

◆ **Gibt es Nahrungsmittel, die Ihr Kind nicht mag ?**

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> - ja | <input type="checkbox"/> - nein |
|-------------------------------|---------------------------------|

Wenn ja, welche : _____

◆ **Gibt es Nahrungsmittel, die Ihr Kind nicht verträgt oder die Sie aus bestimmten Gründen weglassen ? :**

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> - ja | <input type="checkbox"/> - nein |
|-------------------------------|---------------------------------|

Wenn ja, welche : _____

Sein Appetit :

- | |
|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> - klein |
| <input type="checkbox"/> - mittel |
| <input type="checkbox"/> - gross |

◆ **Verdauung :**

Hat Ihr Kind häufig :

- Erbrechen
- Aufstossen
- Koliken
- Durchfall
- Verstopfung

Sind besondere Vorsichtsmassnahmen nötig :

- ja
- nein

Wenn ja, welche : _____

◆ **Andere Bemerkungen betreffend der Nahrung Ihres Kindes :**

SCHLAF :

◆ **Wie zeigt es, dass es müde ist ?**

◆ **Wann schläft es ?**

◆ **Wie lange ? :**

- am Tag

- nachts :

◆ **In welcher Lage :**

- auf dem Rücken
- auf dem Bauch
- Seitenlage

◆ **Wie schläft es ein ?**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> - Schlafsack | <input type="checkbox"/> - Spielzeug (welches ?) : |
| <input type="checkbox"/> - Schnuller | <input type="checkbox"/> - Position (welche ?) : |
| <input type="checkbox"/> - Musik | <input type="checkbox"/> - "Doudou" (welcher ?) : |
| <input type="checkbox"/> - wiegen Sie es ? | <input type="checkbox"/> - bleiben Sie bei ihm ? |
| <input type="checkbox"/> - ist es zugedeckt ? | <input type="checkbox"/> - singen Sie ein Lied ? |
| <input type="checkbox"/> - andere : | |

◆ **Was machen Sie, wenn es beim Einschlafen weint ?**

◆ **Wo schläft es ?**

- Babybett - normales Bett
 - andere (welche ?) :

◆ **Wie ist das Zimmer ? :**

- ruhig - ein wenig hell
 - halbdunkel - dunkel

◆ **Wie ist sein Schlaf ? :**

- ruhig - unruhig
 - Bemerkung :

◆ **Wie wacht es auf ? :**

- vom Lärm - vom Licht

◆ **Beim Aufwachen :**

- nehmen Sie es gleich aus dem Bett ?
 - lassen Sie es noch ein bisschen liegen ?
 - steht das Kind selbst auf ?

◆ **Andere Beobachtungen betreffend des Schlafes Ihres Kindes :**

TOILETTE UND KLEIDUNG :

◆ **Trägt Ihr Kind eine Windel ?**

- tagsüber - nachts

◆ **Geht es auf den Topf ? :**

- immer - auf Anfrage

◆ **Macht es sich bemerkbar, wenn es auf die Toilette muss ?**

- ja - nein

Wie ? : _____

◆ **Geht es allein auf die Toilette ?**

- ja

- nein

◆ **Ist Ihr Kind allergisch und wenn auf was ?**

(Seife, Körpermilch)

- ja

- nein

Bitte schreiben Sie auf : _____

◆ **Putzt es seine Zähne ?**

- ja

- nein

◆ **Macht es Ihnen etwas aus wenn die Kleidung Ihres Kindes Flecken hat ?**

- ja

- nein

Wenn ja, warum ? _____

◆ **Welches ist für Sie die ideale Kleidung in einer Krippe ?**

◆ **Anziehen :**

Welche Autonomie hat Ihr Kind ? :

- es zieht sich selbst an

- es zieht sich selbst aus

- es braucht Hilfe (bitte erklären Sie) :

◆ **Soll Ihr Kind Schuhe tragen ?**

- ab welchem Alter :

- wann, zu welcher Aktivität ? : _____

- Trägt es Einlagen oder eine Prothese ? Wann ? _____

◆ **Finden Sie es gut, wenn ein Kind zuhause barfuss läuft ?**

- ◆ **Andere Bemerkungen betreffend Hygiene und Kleidung :**

VERHALTEN :

- ◆ **Was macht Ihr Kind wenn es nicht schläft ?**
- ◆ **Wo hält es sich auf (Laufgitter, Wippe, Maxi Cosi, Boden) ?**

- ◆ **Wie zeigt es ? :**

sein Wohlbefinden : _____

sein Unbehagen (Hunger, Schmerz): _____

Weinen :

ja

nein

Weint es oft ?

Reagieren Sie sofort, wenn es weint ?

Wie besänftigen Sie es ?

Andere Bemerkungen :

- ◆ **Wo war Ihr Kind bevor es in die Krippe kam ? :**

- zuhause, bei den Eltern
- bei einem anderen Familienmitglied
- bei einer Betreuerin
- ganztags in einer anderen Krippe
- halbtags in einer anderen Krippe

- ◆ **Hat Ihr Kind Geschwister ? Wenn ja, wieviele ?**

- ◆ **Darf es mitspielen ?**

- ◆ **Wie reagiert es auf andere Kinder ?**

- ◆ **Wie reagiert es auf andere Erwachsene ?**

- ◆ **Wie schätzen Sie Ihr Kind ein ?**
(eher ruhig, wild, schüchtern, ängstlich....)

- ◆ **Braucht Ihr Kind eine spezielle Aufsicht :**
Wenn ja, welche ? :