



Mein Kind...

- ...kann ohne Probleme für einige Stunden allein bei gut bekannten Personen bleiben, denen es vertraut. Ja Nein
- ...spielt mit einem anderen Kind über mindestens 5 Minuten ein gemeinsames Spiel. Dabei werden auch Gegenstände ausgetauscht. Ja Nein
- ...spielt für sich und mit anderen Kindern kleine „Rollenspiele“ (Kaufladen, Familie...) Ja Nein
- ...kann Dinge zwischen sich und anderen Kindern gerecht teilen (z.B. Süßigkeiten) Ja Nein
- ...stellt sich von sich aus in einer Reihe an (z.B. Schlange vor Rutsche, an der Kasse) Ja Nein
- ...hört gerne Kinderreime, Kinderlieder, lässt sich gerne Vorlesen. Ja Nein
- ...kann mindestens 5 Minuten aufmerksam einer vertrauten Geschichte zuhören. Ja Nein
- ...kann sich über mindestens eine halbe Stunde alleine beschäftigen, wenn Sie in der Nähe, nicht aber im selben Raum sind. Ja Nein
-
- ...kritzelt gerade Striche, evtl. auch schon kreisförmig, hält den Stift in der Faust. Ja Nein
- ...blättert Bilderbuchseiten einzeln und korrekt mit zwei Fingern um. Ja Nein
- ...rennt schnell und sicher. Hindernisse in seinem Weg werden geschickt umsteuert. Ja Nein
- ...erkennt in einem Bilderbuch Tiere, Pflanzen, Tätigkeiten des täglichen Lebens. Ja Nein
- ...hat keine Probleme Befinden, Wünsche, Ablehnungen auszudrücken. Ja Nein
- ...kann ein Dreirad über eine längere Strecke bewegen, dabei tritt und lenkt es gleichzeitig. Ja Nein
- ...kann sich selbständig die Hände waschen. Ja Nein
- ...hilft beim An- und Ausziehen mit, kann einfache Knöpfe selber öffnen. Ja Nein
- ...will gern und von sich aus bei Haus- oder Gartenarbeit mithelfen. Ja Nein
-
- ...spricht kleine Sätze mit 3-6 Wörtern. Ja Nein
- ...verwendet Wörter wie „ich“, „mein“, „mir“, „dein“, „du“ Ja Nein
- ...verwendet Wörter wie „will“, „kann“, „muss“ Ja Nein
- ...verwendet Wörter wie „später“, „morgen“, „gestern“ Ja Nein
- ...verwendet Wörter wie „auf“, „unter“, „hinter“, „neben“ Ja Nein
- ...verwendet Wörter wie „traurig“, „müde“, „dunkel“ Ja Nein

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Sind Sie zufrieden mit der Ernährung ihres Kindes? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist Ihr Kind extrem wählerisch beim Essen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit der Verdauung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kann sich Ihr Kind nur schwer von Ihnen trennen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind vor vielen Dingen panische Angst? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Reagiert Ihr Kind mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist Ihr Kind überaus schreckhaft? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist Ihr Kind sehr unruhig, zappelig und kann nicht still sitzen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Scheint Ihr Kind bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist Ihr Kind beim Spielen mitunter sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist Ihr Kind oft aggressiv gegenüber anderen Kindern? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind häufig Trotz-/Wutanfälle? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Befolgt Ihr Kind fast keine Ihrer Anweisungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Blickt Ihr Kind häufig ins Leere und reagiert nicht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wehrt sich Ihr Kind meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind große Angst vor fremden Erwachsenen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Spricht Ihr Kind fast jede fremde Person an? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Geht Ihr Kind schon nach kurzer Zeit mit fremder Person überall hin mit? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Läuft Ihr Kind draußen manchmal weg, ohne sich umzuschauen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Macht Ihnen etwas Sorgen?