



## Mein Kind...

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| ...betrachtet Bilder in Bilderbüchern genau, erkennt sie und spricht darüber.   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ...hört aufmerksam zu beim Vorlesen oder beim Hören von Kinderliedern.  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ...beteiligt sich an altersgemäßen Spielen, bei den Regeln und Abfolgen einzuhalten sind.   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ...kann ausdauernd und konzentriert spielen.  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ...kann einfache Spielregeln (z.B. Brettspiele; erst du, dann ich) befolgen.  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ...übernimmt spielerisch eine Rolle (z.B. ich bin Polizist und verhafte dich, ich bin die Mama und füttere dich...)   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ...kann sich ohne Schwierigkeiten über einige Stunden von mir trennen, wenn es in dieser Zeit von einer gut bekannten Person betreut wird.  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ...geht eine Treppe vorwärts rauf und runter, wechselfüßig (d.h. einen Fuß pro Stufe) ohne sich festhalten zu müssen.   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ...fährt sicher und schnell Dreirad, Laufrad oder Roller.   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ...kann springen und auf einem Bein stehen.   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ...kann Knöpfe seiner Kleidung selber öffnen, sowohl Druckknöpfe als auch normale Knöpfe, die ohne großen Aufwand an Fingerkraft geöffnet werden können.  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ...gießt Flüssigkeiten aus einer Flasche in ein Glas, ohne etwas zu verschütten   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ...malt Dinge (Haus, Tisch, Baum) oder Menschen als „Kopffüßer“ und kommentiert seine Bilder.   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ...schneidet mit der Kinderschere sicher und ziemlich genau an einer geraden Linie entlang.   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ...erzählt kleine Erlebnisse in weitgehend richtiger zeitlicher und logischer Reihenfolge.  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ...erzählt kleine Begebenheiten und Geschichten in weitgehend richtigem zeitlichen Ablauf, meist durch das Verbinden der Sätze mit „...und dann...und dann...und dann...“ oder „und...und...und“. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ...weiß, dass es ein Junge oder Mädchen ist, verhält und kleidet sich danach.   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ...stellt häufig Fragen mit „Warum?“, „Wieso?“, „Wo denn?“... und hört danach aufmerksam zu.  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind Sie zufrieden mit der Ernährung ihres Kindes?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nässt oder kotet Ihr Kind tagsüber ein: ____x/Woche, ____x/Monat  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit der Verdauung?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Malt ihr Kind nur sehr ungern und kann den Stift nur schlecht halten?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Fällt Ihr Kind häufig ohne Grund hin oder stolpert beim Laufen/Rennen?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Bitte wenden →

- Ist Ihr Kind beim Spielen mitunter sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten?  Ja  Nein
- Spricht Ihr Kind oft sehr undeutlich oder nur sehr wenig?  Ja  Nein
- Wehrt sich Ihr Kind meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen?  Ja  Nein
- Blickt Ihr Kind häufig ins Leere und reagiert nicht?  Ja  Nein
- Ist Ihr Kind zu Hause ständig ungehorsam?  Ja  Nein
- Ist Ihr Kind oft aggressiv gegenüber anderen Kindern?  Ja  Nein
- Hat Ihr Kind Angst vor gleichaltrigen Kindern?  Ja  Nein
- Zeigt Ihr Kind ausgeprägte Ängste?  Ja  Nein
- Wenn ja, welche?
- Reagiert Ihr Kind mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird?  Ja  Nein
- Empfinden Sie Ihr Kind häufig als rastlos und wie aufgedreht?  Ja  Nein
- Ist Ihr Kind sehr unruhig, zappelig und kann nicht still sitzen?  Ja  Nein
- Hat Ihr Kind täglich einen Wutanfall?  Ja  Nein
- Sieht Ihr Kind regelmäßig mehr als eine Stunde pro Tag fern?  Ja  Nein

**Macht Ihnen etwas Sorgen?**