



## Mein Kind...

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| ... kann im Wechselschritt Treppen vorwärts rauf und runter steigen, ohne sich am Geländer festzuhalten.   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... hüpfert sicher mit beiden Beinen gleichzeitig eine kurze Strecke (30-50cm) nach vorne,<br>und kann dabei das Gleichgewicht gut halten.   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... kann 10 Sekunden auf einem Bein stehen.  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... kann 10 mal auf einem Bein hüpfen.   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... kann größere Bälle (z.B. einen Fußball) werfen,<br><br>und aus etwa 2m Entfernung mit den Händen und dem Körper fangen.  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... kann Gegenstände genauer malen (z.B. Haus, Auto, Männchen, Baum).  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... malt in einem Malbuch einigermaßen genau aus.  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... kann kleben und einfache Dinge basteln.  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... kann mit der Kinderschere an einer geraden Linie entlang schneiden.  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... schreibt einige große Buchstaben, malt Zahlen, vielleicht auch schon seinen Namen.   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... erkennt und benennt die Grundfarben Schwarz, Weiß, Rot, Grün, Blau, Gelb.  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... mag Kinderreime, Kinderlieder, Kinderversen und kennt einige davon auswendig.  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... spricht klar, verständlich und flüssig. Es verwendet 6-8-Wortsätze, wobei die wichtigsten grammatikalischen Strukturen weitgehend beherrscht werden. Fehler im Satzbau kommen nur noch selten vor. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... hat Freundinnen und Freunde, die es einladen, und die es auch zu sich einlädt.   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... versteht Gefühle von anderen (z.B. Traurigkeit) und reagiert angemessen darauf (tröstet z.B.).   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... sucht bei Kummer, Müdigkeit und belastenden Ereignissen Kontakt  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... übernachtet schon mal alleine bei Verwandten, Freunden oder guten Bekannten.   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... kann sich bei Spielen an die Regeln halten und warten bis es an der Reihe ist.   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Bitte wenden →

- ... kann ausdauernd und konzentriert spielen.  Ja  Nein
- ... braucht beim Toilettengang keine Hilfe mehr  Ja  Nein
- ... zieht sich alleine an. Kann Knöpfe auf- und zumachen.  Ja  Nein
- ... kann mit Messer und Gabel essen.  Ja  Nein
- Wird Ihr Kind von anderen Kindern in einer kleineren Spielgruppe (bis zu 6 Kinder) angenommen?  Ja  Nein
- Halten Sie Ihr Kind für ungehorsamer als andere Kinder?  Ja  Nein
- Fällt es Ihrem Kind schwer, sich an Regeln zu halten?  Ja  Nein
- Ist Ihr Kind zu Hause ständig ungehorsam?  Ja  Nein
- Ist Ihr Kind oft aggressiv gegenüber anderen Kindern?  Ja  Nein
- Empfinden Sie Ihr Kind häufig als rastlos und wie aufgedreht?  Ja  Nein
- Ist Ihr Kind beim Spiel unkonzentriert und kann nicht lange bei der Sache bleiben?  Ja  Nein
- Gibt es im Kindergarten Probleme, weil sich Ihr Kind nicht von Ihnen trennen kann?  Ja  Nein
- Nässt Ihr Kind mindestens einmal pro Woche ein?  Ja  Nein
- Kotet Ihr Kind mindestens einmal im Monat ein?  Ja  Nein
- Sind Sie mit der Ernährung Ihres Kindes zufrieden?  Ja  Nein
- Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit der Verdauung?  Ja  Nein
- Hat Ihr Kind Probleme beim Ein- und Durchschlafen?  Ja  Nein
- Hat Ihr Kind Angst vor gleichaltrigen Kindern?  Ja  Nein
- Kann Ihr Kind auch mal abwarten?  Ja  Nein
- Ist Ihr Kind besonders still und zurückgezogen?  Ja  Nein
- Zeigt Ihr Kind ausgeprägte Ängste?  Ja  Nein
- Falls ja, welche?
- Sitzt Ihr Kind regelmäßig mehr als eine Stunde pro Tag vor dem Bildschirm (TV, Spielekonsole, Tablet-PC)?  Ja  Nein

**Macht Ihnen etwas Sorgen?**

Bitte wenden →

Bitte wenden →