

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt von: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ _____**Mein Kind...**

stimmt nicht stimmt

1. kann mindestens dreimal pro Woche schlecht einschlafen (liegt mindestens eine Stunde wach)	☐	☐
2. wacht mindestens einmal pro Nacht auf und liegt dann mindestens eine Stunde wach	☐	☐
3. schläft nachts mit im Elternbett, obwohl wir das nicht gern sehen	☐	☐
4. hat meistens nur wenig Appetit	☐	☐
- ist untergewichtig	☐	☐
- ist extrem wählerisch beim Essen	☐	☐
5. klagt bei Aufregungen häufig über Bauchschmerzen	☐	☐
- kann wegen dieser Bauchschmerzen nicht wie sonst spielen oder seine Freunde besuchen	☐	☐
6. klagt mehrmals pro Woche über Kopfschmerzen	☐	☐
- kann wegen seiner Kopfschmerzen nicht wie sonst spielen oder seine Freunde besuchen	☐	☐
7. hat Migräne	☐	☐
8. hat Asthma	☐	☐
9. hat Heuschnupfen	☐	☐
10. stottert	☐	☐
11. nässt mindestens einmal pro Woche ein	☐	☐
12. kotet mindestens einmal pro Monat ein	☐	☐
13. hat manchmal nervöse Zuckungen (z.B. Blinzeltic, Zwinkertic, Räuspertic)	☐	☐
14. kaut Fingernägel	☐	☐
- dabei kommt es häufig zu blutenden Verletzungen	☐	☐
15. kann sich sehr schlecht von der Mutter trennen	☐	☐
- deswegen kommt es auch im Kindergarten zu Problemen	☐	☐
16. hat panische Angst vor	☐	☐
- Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten	☐	☐
- fremden Menschen	☐	☐
- Blitz, Donner, Dunkelheit	☐	☐
- dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen	☐	☐
17. ist mehrmals im Monat traurig, weinerlich	☐	☐
- diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis	☐	☐
- ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist	☐	☐
18. ist zu Hause beim Spielen leicht ablenkbar und unkonzentriert	☐	☐
- ist im Kindergarten sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	☐	☐
19. ist zu Hause (z.B. beim Essen) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	☐	☐
- ist im Kindergarten sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	☐	☐

Bitte wenden →

	stimmt nicht	stimmt
20. ist beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	☐	☐
- rennt ohne zu schauen auf die Straße	☐	☐
- scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen	☐	☐
21. hat täglich einen Wutanfall	☐	☐
22. ist zu Hause ständig ungehorsam	☐	☐
23. hat Spaß daran Dinge, die ihm nicht gehören, zu zerstören	☐	☐
- quält manchmal Tiere	☐	☐
24. prügelt sich häufig mit anderen Kindern	☐	☐
- dabei kommt es auch häufiger zu blauen Flecken und kleineren Verletzungen	☐	☐
25. hat Angst vor fremden Erwachsenen	☐	☐
26. hat Angst vor fremden gleichaltrigen Kindern	☐	☐
- nimmt auf dem Spielplatz zu fremden Kindern keinen Kontakt auf	☐	☐
27. spricht fast jede fremde Person an	☐	☐
- geht schon nach kurzer Zeit mit fremden Personen überall hin mit	☐	☐
28. weigert sich oft mit fremden Erwachsenen zu sprechen, auch wenn es etwas gefragt wird	☐	☐
29. sucht bei seinen Eltern keinen Trost, wenn es sich wehgetan hat	☐	☐
- kommt nicht zu seinen Eltern, wenn es Angst hat	☐	☐
30. ist noch sehr unselbstständig, kann sich schlecht selbst beschäftigen	☐	☐
- hängt am Rockzipfel der Mutter, will nichts alleine machen	☐	☐
31. wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen	☐	☐
- reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird	☐	☐
32. ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht)	☐	☐
- ist gegenüber Schmerz unempfindlich	☐	☐
33. streitet sich jeden Tag mit seinen Geschwistern	☐	☐
- kann mit seinen Geschwistern nicht friedlich zusammen spielen	☐	☐
- ist im höchstem Maße eifersüchtig auf seine Geschwister	☐	☐

Bitte wenden →

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Vorerkrankungen

	nein	ja	
Gab es seit der U8 bei Ihrem Kind ernste Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle? Wenn ja, welche?	☐	☐	GBA
Gab es seit der U8 schwere, ungewöhnliche oder häufige Infektionen?	☐	☐	GBA
Schnarcht Ihr Kind regelmäßig?	☐	☐	GBA
Stottert Ihr Kind manchmal?	☐	☐	Spr
Gibt es in Ihrer Familie jemand mit einem Herzinfarkt oder Schlaganfall unter 40 Jahren?	☐	☐	Fettstoffw

	ja	nein	
Sind Sie mit der Entwicklung und dem Verhalten Ihres Kindes zufrieden?	☐	☐	
Spricht Ihr Kind in normaler Lautstärke?	☐	☐	Hören
Singt Ihr Kind?	☐	☐	Hören
Beginnt es Gespräche auch mit Leuten, die nicht zur Familie gehören?	☐	☐	Hören
Antwortet Ihr Kind sprachlich auf Begrüßungen?	☐	☐	Hören
Versteht Ihr Kind Sie im Auto?	☐	☐	Hören
Kann es Treppen im Wechselschritt steigen, rauf und runter, ohne Festhalten?	☐	☐	GM.
Kann es allein Knöpfe aufmachen?	☐	☐	FM.
Kann es sich weitgehend selbstständig anziehen?	☐	☐	Auto.
Verwendet es sicher Messer und Gabel, richtet es sich selbst Brote, Müsli, Getränke?	☐	☐	Auto.
Ist es tags zuverlässig sauber?	☐	☐	Enu. diu.
Ist es nachts zuverlässig sauber?	☐	☐	Enu. noct.
Hat es mindestens 3x pro Woche schmerzfrei Stuhlgang?	☐	☐	Obstip.
Versteht es die Zeitbegriffe „morgens, mittags, abends“?	☐	☐	Perz.
Kann es Geschichten im richtigen zeitlichen und logischen Ablauf wiedergeben?	☐	☐	Spr.
Ist die Sprache für Außenstehende gut verständlich?	☐	☐	Spr.
Macht es beim Satzbau nur noch selten Fehler?	☐	☐	Spr.
Wird es von anderen Kindern in einer kleinen Gruppe meistens akzeptiert?	☐	☐	Soz.
Lädt es andere Kinder zu sich ein und wird es selbst eingeladen?	☐	☐	Soz.
Übernimmt es im Rollenspiel mit anderen Kindern (Piraten, Ritter, Helden, Tiere, Prinzessinnen usw.) kompetent verschiedene Rollen, je nach Spielsituation?	☐	☐	Soz.
Kann es schon für wenigstens 15 min allein spielen?	☐	☐	Emo.
Ist es oft bereit zu teilen?	☐	☐	Soz.
Kann es mit Kummer und Enttäuschung angemessen umgehen, hat es nur selten Wutanfälle?	☐	☐	Soz.
Geht es in den Kindergarten?	☐	☐	KiGa
Falls ja, läuft im Kindergarten alles gut?	☐	☐	KiGa
Ist die Zusammensetzung Ihrer Familie gleich geblieben?	☐	☐	Fam
Geht es Ihnen und Ihrer Familie gut?	☐	☐	Fam
Bildschirmzeit (Fernsehen/Video/usw.) pro Tag?			
☐ Gar nicht ☐ weniger als 1 Stunde ☐ 1-2 Stunden ☐ mehr als 2 Stunden			