

Fragebogen zu Grenzsteinen der Entwicklung im Alter von 1 Jahr

Familienname: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ Geschlecht: weiblich männlich

Ausgefüllt am: _____ Ausgefüllt von: _____

1. Wenn ich mein Kind hinsetze, kann es alleine sitzen ja nein
2. Mein Kind sitzt sicher und frei ja nein
3. Ohne fremde Unterstützung und ohne sich mit den Händen abzustützen ja nein
4. dabei kann es angebotene Gegenstände annehmen ohne umzufallen ja nein
5. Mein Kind kann sich auf allen Vieren fortbewegen (krabbeln oder rutschen) ja nein
6. Mein Kind zieht sich zum Stehen hoch ja nein
7. Und steht mit Festhalten an Wand und Möbeln ja nein
8. Mein Kind sagt häufig verständliche oder unverständliche Silben ja nein
9. Mein Kind bildet Doppelsilben wie baba, mama, gaga ja nein
10. Mein Kind kann zwischen fremden und bekannten Personen unterscheiden ja nein
11. Mein Kind untersucht kleinere Gegenstände mit den Händen, ja nein
12. es schaut sie dabei konzentriert an ja nein
13. Mein Kind ergreift und hält kleinere Gegenstände zwischen Daumen und gestrecktem Zeigefinger ja nein
14. Mein Kind findet Spielzeug, das vor seinen Augen unter einem Tuch versteckt wurde ja nein
15. Mein Kind winkt zum Abschied ja nein
16. Mein Kind freut sich über andere Kinder ja nein

Folgende grau hinterlegt Felder werden vom Kinderarzt / Kinderärztin ausgefüllt

Summe „Ja“ _____

Grenzwert ≥ 14

Auffällig ja nein