

Ein paar alte und viele neue Fragen –
und wie immer entscheiden Sie, welche Sie beantworten.

Name:

Geburtsdatum:

Gab es seit der U8 bei Ihrem Kind:

Nein Ja

Ernste Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle?

Schwere oder häufige Infekte?

Hört Ihr Kind gut?

Schnarcht Ihr Kind häufig?

Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?

Wird Ihr Kind von anderen gut verstanden?

Stottert Ihr Kind?

Bekommt es Fluoridtabletten oder fluoridhaltiges Mineralwasser?

Benutzt Ihr Kind schon Zahnpasta?

Wo wird Ihr Kind tagsüber betreut?**Gibt es besondere Belastungen in Ihrer Familie?**

Wenn ja: welche?

Entwicklung:

Kann Ihr Kind Treppen im Erwachsenenschritt rauf- und runterlaufen?

Kann es Geschichten in zeitlichem und logischem Verlauf nacherzählen?

Kann es sich mit anderen Kindern im Spiel abwechseln?

Ist es bereit, mit anderen zu teilen?

Hat es seine Gefühle im Griff?

Kann es mit Enttäuschungen umgehen?

Lädt Ihr Kind andere Kinder zu sich ein und wird es eingeladen?

Verkleidet es sich, auch als Tier, Ritter, Pirat ...?

Ausgefüllt von Mutter ☐ Vater ☐ oder _____ am _____ (Datum)

**Noch einmal die gleichen Fragen wie vor einem Jahr –
Sie entscheiden, was Sie beantworten.**

Name:

Geburtsdatum:

Mein Kind ...Stimmt
nicht

Stimmt

- | Mein Kind ... | Stimmt
nicht | Stimmt |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. kann mindestens dreimal pro Woche schlecht einschlafen
(liegt mindestens eine Stunde wach) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. wacht mindestens einmal pro Nacht auf und
liegt dann mindestens eine Stunde wach | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. schläft nachts mit im Elternbett, obwohl wir das nicht gern sehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. hat meistens nur wenig Appetit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ist untergewichtig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ist extrem wählerisch beim Essen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. klagt bei Aufregungen häufig über Bauchschmerzen ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. kann wegen dieser Bauchschmerzen nicht wie sonst spielen
oder seine Freunde besuchen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. klagt mehrmals pro Woche über Kopfschmerzen ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. kann wegen dieser Kopfschmerzen nicht wie sonst spielen
oder seine Freunde besuchen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. hat Migräne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. hat Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. hat Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. stottert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. nässt mindestens einmal pro Woche ein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. kotet mindestens einmal pro Monat ein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. hat manchmal nervöse Zuckungen (z. B. Blinzeltic, Zwinkertic, Räuspertic) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. kaut Fingernägel ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. hat deswegen häufig blutende Verletzungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. kann sich sehr schlecht von der Mutter trennen ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. hat deswegen auch im Kindergarten Probleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. hat panische Angst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - vor fremden Menschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - vor Blitz, Donner, Dunkelheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mein Kind ...

Stimmt nicht	Stimmt
-----------------	--------

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 23. ist mehrmals im Monat traurig, weinerlich ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. ist zu Hause beim Spielen leicht ablenkbar und unkonzentriert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. ist im Kindergarten sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. ist zu Hause (z. B. beim Essen) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. ist im Kindergarten sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. ist beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. rennt, ohne zu schauen, auf die Straße | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. hat täglich einen Wutanfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. ist zu Hause ständig ungehorsam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. ist im Kindergarten häufig ungehorsam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. hat Spaß daran, Dinge, die ihm nicht gehören, zu zerstören | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. quält manchmal Tiere | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. prügelt sich häufig mit anderen Kindern ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. hat daher häufiger blaue Flecken und kleinere Verletzungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. hat Angst vor fremden Erwachsenen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. hat Angst vor fremden gleichaltrigen Kindern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. nimmt auf dem Spielplatz zu fremden Kindern keinen Kontakt auf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. spricht fast jede fremde Person an | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. geht schon nach kurzer Zeit mit fremden Personen überallhin mit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. weigert sich oft, mit fremden Erwachsenen zu sprechen, auch wenn es etwas gefragt wird | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. sucht bei seinen Eltern keinen Trost, wenn es sich wehgetan hat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. kommt nicht zu seinen Eltern, wenn es Angst hat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. ist noch sehr unselbständig, kann sich schlecht selbst beschäftigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. hängt am Rockzipfel der Mutter, will nichts allein machen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54. streitet sich jeden Tag mit seinen Geschwistern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55. kann mit seinen Geschwistern nicht friedlich zusammen spielen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 56. ist in höchstem Maße eifersüchtig auf seine Geschwister | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ausgefüllt von Mutter ☐ Vater ☐ oder _____ am _____ (Datum)