**Vor- und Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum der Behandlung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Aktuelle Anamnese des Kindes:**

Gab es schwerwiegende Erkrankungen, Operationen

Krampfanfälle, oder schwere ungewöhnliche und häufige

Infektionen seit der letzten Untersuchung? O Nein O Ja

Ist das Essverhalten Ihres Kindes NICHT altersgerecht? O Nein O Ja

Hat Ihr Kind abnorme Stühle? O Nein O Ja

Bekommt Ihr Kind Kariesprophylaxe mittels Fluorid? O Nein O Ja

Reagiert Ihr Kind auf leise oder laute Schallreize? Dreht Ihr

Kind den Kopf oder den Blick in Richtung der Schallquelle? O Nein O Ja

Schnarcht Ihr Kind regelmäßig? O Nein O Ja

Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden? O Nein O Ja

Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden? O Nein O Ja

**Sozialanamnese:**

Wie ist die Betreuungssituation? Wird Ihr Kind von

anderen Personen (z.B. Tagesmutter, Kita) betreut? O Nein O Ja

Bestehen besondere Belastungen in der Familie? O Nein O Ja

**Grobmotorik:**

Kann Ihr Kind über längere Zeit frei und sicher gehen? O Ja O Nein

Geht Ihr Kind 3 Stufen im Kinderschritt herunter,

und hält sich mit einer Hand fest? O Ja O Nein

**Feinmotorik:**

Malt Ihr Kind flache Spiralen? O Ja O Nein

Kann Ihr Kind eingewickelte Bonbons oder andere

kleine Gegenstände auswickeln oder auspacken? O Ja O Nein

**Sprache:**

Kann Ihr Kind in der Einwortsprache (wenigstens 10

richtige Wörter ohne Mama und Papa) sprechen? O Ja O Nein

Versteht und befolgt Ihr Kind einfache Aufforderungen? O Ja O Nein

Kann Ihr Kind durch Gestik oder Sprache (Kopfschütteln

oder Nein-Sagen) ausdrücken, dass es etwas ablehnt? O Ja O Nein

Kann Ihr Kind auf 3 benannte Körperteile zeigen oder

blickt es auf diese Körperteile? O Ja O Nein

**Perzeption / Kognition:**

Kann Ihr Kind 3 Würfel aufeinander stapeln? O Ja O Nein

Kann Ihr Kind im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände

zeigen? O Ja O Nein

**Soziale / emotionale Kompetenz:**

Kann Ihr Kind 15 Minuten alleine bleiben (d.h. die

Eltern sind nicht im selben Raum) und spielen? O Ja O Nein

Kann Ihr Kind selber mit dem Löffel essen? O Ja O Nein

Hat Ihr Kind Interesse an anderen Kindern? O Ja O Nein

**Interaktion/Kommunikation:**

Versucht Ihr Kind Sie irgendwo hinzuziehen? O Ja O Nein