**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

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

Stottert Ihr Kind? 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 ein Laufrad oder ähnliches Fahrzeug

zielgerichtet und sicher bewegen? O Ja O Nein

Kann Ihr Kind über ein 20 – 50 cm breites Blatt

Hüpfen? O Ja O Nein

**Feinmotorik:**

Hält ihr Kind einen Mal-Zeichenstift richtig zwischen

den ersten drei Fingern? O Ja O Nein

Kann Ihr Kind geschlossene Kreise zeichnen? O Ja O Nein

**Sprache:**

Spricht in Kind 6-Wortsätze? O Ja O Nein

Kann Ihr Kind Geschichten in etwa zeitlichem und logischem

Verlauf wiedergeben? O Ja O Nein

**Perzeption / Kognition:**

Stellt Ihr Kind Fragen mit „warum“, “wie“, “wo“,

“wieso“ und „woher“? O Ja O Nein

**Soziale / emotionale Kompetenz:**

Kann sich Ihr Kind selber an- und ausziehen? O Ja O Nein

Kann sich Ihr Kind Flüssigkeiten eingießen? O Ja O Nein

Kann Ihr Kind seine Emotionen bei alltäglichen

Ereignissen selbst regulieren? O Ja O Nein

Toleriert Ihr Kind meist leichtere Enttäuschungen,

Freude, Ängste oder Stresssituationen? O Ja O Nein

**Interaktion/Kommunikation:**

Spielt Ihr Kind gemeinsam mit gleichaltrigen Kindern,

z.B. Rollenspiele? O Ja O Nein

Hält sich Ihr Kind an Regeln? O Ja O Nein