**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

Hat Ihr Kind ein gutes Hörvermögen? 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 auf einem Bein hüpfen, jeweils rechts

und links? O Ja O Nein

Steht Ihr Kind kurz auf einem Bein? O Ja O Nein

Kann Ihr Kind größere Bälle fangen? O Ja O Nein

Läuft Ihr Kind im Wechselschritt ohne sich festzuhalten

Treppen vorwärts rauf und runter? O Ja O Nein

**Feinmotorik:**

Kann Ihr Kind einen Kreis, ein Quadrat und ein Dreieck

nachmalen? O Ja O Nein

Hält Ihr Kind den Stift wie ein Erwachsener? O Ja O Nein

Kann Ihr Kind mit einer Kinderschere an einer geraden

Linien entlang schneiden? O Ja O Nein

**Sprache:**

Kann Ihr Kind fehlerfrei Worte aussprechen? O Ja O Nein

Kann Ihr Kind Ereignisse und Geschichten im richtigen

und logischem Ablauf, jedoch in einfach strukturierten

Sätzen wiedergeben? O Ja O Nein

**Perzeption / Kognition:**

Kann Ihr Kind 3 Farben wieder erkennen und benennen? O Ja O Nein

**Soziale / emotionale Kompetenz:**

Kann sich Ihr Kind mit anderen Kindern im Spielen gut

abwechseln? O Ja O Nein

Ist Ihr Kind bereit Gegenstände oder Essen zu teilen? O Ja O Nein

Kann Ihr Kind seine Emotionen meist selbst regulieren? O Ja O Nein

Toleriert Ihr Kind leichtere, übliche Enttäuschungen? O Ja O Nein

**Interaktion/Kommunikation:**

Lädt Ihr Kind andere Kinder zu sich ein oder wird selbst

eingeladen? O Ja O Nein

Spielt Ihr Kind intensiv Rollenspiele: Verkleiden,

Verwandeln in Tiere, Vorbilder (Ritter, Piraten, Helden)? O Ja O Nein

Spielt Ihr Kind intensiv Rollenspiele mit anderen Kindern? O Ja O Nein