**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

Schreit Ihr Kind auffällig? O Nein O Ja

Kann Ihr Kind gut hören? Reagiert es auf laute oder

leise Schallreize, wendet den Kopf zu Schallquelle? 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 sich Ihr Kind mit gestreckten Armen auf den

Handflächen abstützen? O Ja O Nein

Können Sie Ihr Kind aus der Rückenlage an den Händen

in den Sitz hochziehen und sind dabei die Arme des

Kindes gebeugt? O Ja O Nein

Federt Ihr Kind mit den Beinen wenn Sie es hinstellen? O Ja O Nein

**Perzeption / Kognition:**

Greift Ihr Kind mit beiden Händen nach Spielzeugen? O Ja O Nein

Steckt sich Ihr Kind Objekte/Spielzeuge in den Mund?

Erkundigt Ihr Kind Spielzeuge oral? O Ja O Nein

**Feinmotorik:**

Wechselt Ihr Kind ein Spielzeug zwischen den Händen? O Ja O Nein

Beugt Ihr Kind die Finger wenn sie die Handinnenflächen

berühren? O Ja O Nein

**Sprache:**

Kann Ihr Kind rhythmische Silbenketten bilden?

(z.B. ge-ge-ge, mem-mem-mem, dei-dei-die) O Ja O Nein

**Soziale / emotionale Kompetenz:**

Lacht Ihr Kind stimmhaft, wenn es geneckt wird? O Ja O Nein

Verhält sich Ihr Kind bei bekannten und unbekannten

Personen unterschiedlich? O Ja O Nein

Freut sich Ihr Kind, wenn es andere Kinder entdeckt? O Ja O Nein

**Regulation / Stimulation:**

Lässt sich Ihr Kind durch Wiegen, Singen oder Ansprache

in kurzer Zeit von seiner Bezugsperson beruhigen? O Ja O Nein

Geht Ihr Kind auf ein Wechselspiel (z.B. mit den Fingern

oder mit Bauklötzen) mit einer Bezugsperson ein? O Ja O Nein

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

Toleriert Ihr Kind Enttäuschungen? O Ja O Nein

Reagiert Ihr Kind angemessen auf laute Geräusche,

helles Licht und Berührungen? O Nein O Ja