**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

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

**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 mit geradem Rücken und sicherer

Gewichtskontrolle sitzen? O Ja O Nein

Zieht sich Ihr Kind in den Stand hoch und bleibt einige

Sekunden stehen? O Ja O Nein

Dreht sich Ihr Kind selbstständig und flüssig von der

Rückenlage zur Bauchlage und zurück? O Ja O Nein

**Perzeption / Kognition:**

Gibt Ihr Kind der Mutter oder dem Vater nach

Aufforderung einen Gegenstand? O Ja O Nein

Verfolgt Ihr Kind den Zeigefinger in die gezeigte Richtung? O Ja O Nein

**Feinmotorik:**

Greift Ihr Kind mit den Daumen und dem gestreckten Zeigefinger

nach einem Gegenstand? O Ja O Nein

Kann Ihr Kind zwei Würfel gegen einander klopfen? O Ja O Nein

**Sprache:**

Kann Ihr Kind spontan längere Silbenketten äußern? O Ja O Nein

Kann Ihr Kind Doppelsilben (z.B. ba-ba, da-da) bilden? O Ja O Nein

Ahmt Ihr Kind Laute nach? O Ja O Nein

**Soziale / emotionale Kompetenz:**

Kann Ihr Kind alleine aus der Flasche oder Tasse trinken? O Ja O Nein

Kann Ihr Kind mit Hilfe aus einem Becher trinken? O Ja O Nein

Kann Kind zwischen fremden und bekannten Personen

unterscheiden? 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 die Trennung von der Bezugsperson? O Ja O Nein

Reagiert ihr Kind angemessen auf laute Geräusche,

helles Licht und Berührungen? O Ja O Nein