**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

Hat Ihr Kind ein gutes Hörvermögen? 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:**

Hüpft Ihr Kind mit beiden Füßen von der untersten

Treppenstufe? O Ja O Nein

Kann Ihr Kind 2 Stufen im Wechselschritt mit ein-

händigen Festhalten hoch- oder heruntersteigen? O Ja O Nein

**Feinmotorik:**

Kann Ihr Kind mit dem Dreifinger-Spitzgriff (Daumen, Zeige-

Mittelfinger) auch nach sehr kleine Gegenstände greifen? O Ja O Nein

**Sprache:**

Spricht Ihr Kind mindestens Dreiwortsätze? O Ja O Nein

Kennt und sagt Ihr Kind seinen Rufnamen? O Ja O Nein

**Perzeption / Kognition:**

Kann Ihr Kind zuhören und konzentriert spielen? O Ja O Nein

Kann Ihr Kind große Knöpfe alleine öffnen? O Ja O Nein

**Soziale / emotionale Kompetenz:**

Kann sich Ihr Kind gut über einige Stunden trennen,

wenn es von einer vertrauten Person betreut wird? O Ja O Nein

Beteiligt sich Ihr Kind an häuslichen Tätigkeiten, oder

möchte es mithelfen? O Ja O Nein

**Interaktion/Kommunikation:**

Spielt Ihr Kind gemeinsam mit gleichaltrigen Kindern? O Ja O Nein

Spielt Ihr Kind Rollenspiele? O Ja O Nein