



Anamneseblatt U7

Name des Kindes:

Datum:

Mein Kind....

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| ... kann über längere Zeit frei und sicher gehen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... kann im Stehen Gegenstände vom Boden aufheben | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... kann rennen und weicht dabei Hindernissen aus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... kann gut hören | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... kann kleine eingewickelte Gegenstände auspacken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... kann drei Bauklötze oder Becher aufeinandersetzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... kritzelt mit dem Stift | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... zeigt im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... freut sich über andere Kinder | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... winkt zum Abschied | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... lässt sich bei Ärger schnell beruhigen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... hat täglich einen Wutanfall | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... ist zu Hause ständig ungehorsam und /oder zerstört Gegenstände | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... spricht fast jede fremde Person an | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... ist sehr ängstlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... blickt häufig ins Leere und /oder reagiert nicht auf Ansprache | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... wehrt sich gegen Zärtlichkeiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... ist sehr unruhig und zappelig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... hat Probleme mit dem Stuhlgang | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... hat ein auffälliges Essverhalten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

nach: Mannheimer Elternfragebogen von Esser/Laucht sowie dem Fragebogen zu Grenzsteinen der Entwicklung (Bayrisches Landesamt für Gesundheit)