



## Anamneseblatt U9

Name des Kindes:

Datum:

Mein Kind....

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| ... kann sicher im Wechselschritt Treppen steigen                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... kann sicher mit beiden Beinen nach vorne hüpfen                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... kann 10 Sekunden auf einem Bein stehen und auf einem Bein hüpfen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... kann größere Bälle werfen und fangen                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... malt gegenständlich (z.B. ein Haus, Baum, Auto)                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... malt Malvorlagen gewissenhaft aus                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... kann kleben und einfache Dinge basteln                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... hat Schlafprobleme   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... hat häufig Kopf- und/oder Bauchschmerzen                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... hat Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... ist tags und nachts trocken                                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |



- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| ... hat regelmäßigen und unauffälligen Stuhlgang                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... hat ein auffälliges Essverhalten (z.B. wenig oder viel Appetit) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... ist häufig wütend, aggressiv und /oder zerstört Gegenstände     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... ist mehrmals im Monat traurig, weinerlich                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... hat Angst vor Dingen, Tieren und/oder (fremden) Menschen        | <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, sucht keinen Trost             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| .. ist sehr unruhig und zappelig                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... ist häufig ungehorsam   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... ist noch sehr unselbstständig                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |