

Anamneseblatt U8

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 mit Dreirad oder Laufrad um Hindernisse fahren | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... kann gleichzeitige Treten und Lenken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... kann kleine eingewickelte Gegenstände auspacken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... blättert Buch- oder Katalogseiten einzeln um | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... fragt "Wieso – Weshalb – Wie – Warum – Woher" | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... möchte im Haushalt mithelfen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... ahmt im Rollenspiel mit anderen Kinder Tätigkeiten | | |
| Erwachsener nach | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... hört beim Vorlesen genau zu | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... versteht Spielregeln und dass auch andere an der Reihe sind | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... ist bereit zu teilen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... hat Kopfschmerzen, Asthma, Heuschnupfen... | <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 | <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 |

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