



## Anamneseblatt U8

**Name des Kindes:** Antje Förster, geb. am 16.12.1981

**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)