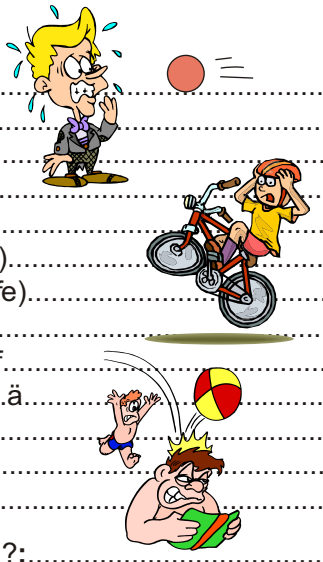
So dies und das :



	ja	nein	manchmal	weiß nicht
unsicher, ängstlich beim Bälle fangen	○	○	○	○
verwechselt häufig **Rechts** und **Links**	○	○	○	○
hat Orientierungsprobleme, verläuft sich öfter	○	○	○	○
ängstlich bei Höhenunterschieden, klettert ungern	○	○	○	○
hat Probleme beim Roller fahren, Fahrrad fahren	○	○	○	○
läuft auf unebenem Boden unsicher (z.B. Waldboden)	○	○	○	○
geht Treppen nicht alternierend (sondern Stufe für Stufe)	○	○	○	○
eckt öfter an oder stolpert / wirft leicht etwas um	○	○	○	○
zielt beim Eingießen nicht mittig, legt noch Flasche auf	○	○	○	○
ungeschickt bei Spielen wie Mikado, Halma, Domino o.ä	○	○	○	○
allgemein schlechte motorische Koordination	○	○	○	○
kann schlecht die Körper-Balance halten	○	○	○	○
hat Angst vor Wasser, will nicht schwimmen lernen	○	○	○	○

?

ist Ihr Kind **Rechts**händer / **Links**händer ?:.....

gab es eine normale Geburt - **ja** / **nein** - (weshalb) ?:.....

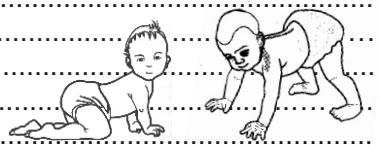
ist Ihr Kind gekrabbelt - **ja** / **nein** - sog. Vierfüßlerstand ?- **ja / nein** -.....

wann lief Ihr Kind erstmals (Alter)?:.....

wie äußert sich beim Kind Müdigkeit:.....

Besonderheiten z.B. chronische Erkrankungen/Erbkrankheiten?:.....

.....



(normales Krabbeln) (Vierfüßlerstand)

Fiel folgendes vielleicht schon mal auf?:

	ja	nein	manchmal	weiß nicht
spielt gern den "Kindergarten-Kasper"	○	○	○	○
stellt andern Kindern gern ein Bein, berührt oder stößt sie gerne	○	○	○	○
mag keine Veränderungen in seinem Umfeld	○	○	○	○
sucht häufig etwas, das "vor der Nase" liegt	○	○	○	○
möchte möglichst oft draußen sein, "rumtollen"	○	○	○	○
ist eher ein "Stubenhocker"	○	○	○	○
zieht sich gern zurück, spielt lieber allein	○	○	○	○
muß alles anfaßen, um es erklären zu können	○	○	○	○
fragt ständig ohne eigentlich die Antwort abzuwarten	○	○	○	○
ausdauernde Konzentration fällt schwer (auch Zuhören!)	○	○	○	○
grimmassiert gern (verzieht das Gesicht) beim Sprechen	○	○	○	○
zeigt "altkluge" Verhaltensweisen (Gestik, Sprache usw.)	○	○	○	○
allgemein schlechtes Einschlafverhalten	○	○	○	○
schläft zwar normal ein, wacht aber nach kurzer Zeit wieder auf	○	○	○	○
hat insgesamt ein schlechtes Zeitgefühl	○	○	○	○
muß zu unpassenden Zeiten auf die Toilette	○	○	○	○
kann nicht still sitzen, ist immer "zappelig"	○	○	○	○
fängt ständig neue Dinge an, beendet sie jedoch nicht	○	○	○	○

?

In welchem Alter kam Ihr Kind in den Kindergarten ?:.....

geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten - **ja / nein / unterschiedlich** -.....

gibt es irgendwelche Schwierigkeiten dort - **ja / nein** - welche ?:.....

.....

was macht Ihr Kind am liebsten ?:.....

und was eher ungern ?:.....

hatte es Schwierigkeiten die Uhr zu erlernen ?: - **ja / nein** -.....

Wurde Ihr Kind bereits **augenärztlich** untersucht - **ja / nein** - von wem?:.....

wann ?:.....mit welchem Ergebnis ?:.....

hat jemand in der Familie visuelle Probleme - **ja / nein** - wer?:.....

welcher Art ?:.....

bekommt / bekam Ihr Kind irgendwelche Therapien - **ja / nein** - welche?:.....

.....

bekommt es derzeit Medikamente (z.B. Ritalin etc.) - **ja / nein** - welche?:.....

.....

Datum:.....

Vielen Dank !