



Patientenname: _____, geb. _____

Bitte kreuzen sie das Zutreffende an.

- Fährt Ihr Kind allein Dreirad oder Laufrad? ja nein
- Schneidet es mit einer Kinderschere? ja nein
- Malt es Dinge (Haus, Mensch als „Kopffüßler“/Kopf mit Füßen)? ja nein
- Kommentiert es seine Bilder? ja nein
- Erzählt es kleine Begebenheiten? ja nein
- Hört es aufmerksam zu, z. B. beim Vorlesen? ja nein
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Kind deutlich weniger oder undeutlicher spricht als andere Kinder seines Alters? nein ja
- Erkennt es im Alltag/im Kindergarten/bei Spielen Regeln an? ja nein
- Ist Ihr Kind tagsüber trocken? ja nein
- Sieht Ihr Kind regelmäßig mehr als eine halbe Stunde fern? nein ja
- Ist Ihr Kind oft aggressiv gegenüber anderen Kindern? nein ja
- Zeigt Ihr Kind ausgeprägte Ängste? nein ja
- Gibt es Probleme beim Essen? nein ja
- Gab es Veränderungen in der Familie des Kindes (oder im Kontakt mit wichtigen Bezugspersonen)? nein ja

Worüber freuen Sie sich besonders?

Macht Ihnen etwas Sorgen?

Ihre Fragen:
