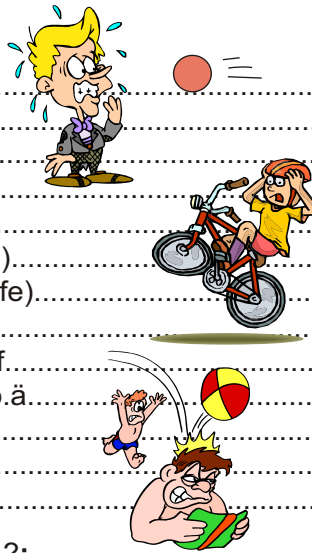


## So dies und das :

- 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.....



ja	nein	manchmal	weißnicht
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



- ist Ihr Kind **Rechtshänder** / **Linkshänder** ?:
- 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?.....



## Fiel folgendes vielleicht schon mal auf?:

- 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!).....
- grimmastriert 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.....



ja	nein	manchmal	weißnicht
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



- 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 !**