

U8

Name des Kindes:

Geburtstag:

Datum:

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ihr Kind kann Dreirad/Laufrad fahren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Es geht die Treppe im Wechselschritt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Es stellt häufig Fragen mit "Warum?", "Wieso?", "Woher?" und hört aufmerksam zu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Es baut erkennbare Häuser, Autos, Flugzeuge oder ähnliches. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Es gießt Flüssigkeiten aus einer Flasche in ein Glas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Es kann sich selbst ein Brot schmieren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Es zieht sich Schuhe an. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Es zieht sich allein an. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Es öffnet Knöpfe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Es schläft nachts durch. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Der Stuhlgang erfolgt auf der Toilette. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Tagsüber ist Ihr Kind trocken. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Nachts trägt es eine Windel. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ihr Kind spricht von sich in der Ich-Form. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Es spielt mit anderen Kindern Rollenspiele. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Es beteiligt sich an Regelspielen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Es hat zeitweilig einen besten Freund/Freundin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Es kann seine Emotionen bei alltäglichen Ereignissen meist ausreichend regulieren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Es trennt sich ohne Schwierigkeiten über einige Stunden von ihnen, wenn es in dieser Zeit von einer bekannten Person betreut wird. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Besucht Ihr Kind einen Kindergarten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Wenn ja, seit wann? | | |
| - Wieviele Stunden am Tag? | | |
| - Gibt es zu Ihrem Kind Anmerkungen von Erzieher*innen? | | |

Machen Sie sich bezüglich der Entwicklung Ihres Kindes über etwas Sorgen?