



FRAGEBOGEN VORSCHULKINDER: (Angaben werden vertraulich behandelt!)

Liebe Eltern!

Um einen möglichst umfassenden Eindruck zu erhalten, bitte ich Sie, folgende Frageliste so vollständig wie möglich auszufüllen bzw. zu beantworten. Fragen, welche Sie nicht verstehen, bitte auslassen. Wir werden diese dann gemeinsam besprechen.

In welcher Hinsicht ist Ihr Kind auffällig geworden bzw. warum möchten Sie eine Abklärung durchführen lassen?

.....

Name / Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Namen und Alter der Geschwister:

Namen der Erziehungsberechtigten:

Tel.: Handy Nr.:

Email:

Von wem wurden Sie überwiesen oder empfohlen:

Bitte Zutreffendes Ankreuzen:

(Falls nötig eventuell mit Hilfe der Kindergärtnerin ausfüllen.)

	ja	häufig	manchmal	weiss nicht	nein
Hat es Schwierigkeiten beim Ausmalen von Bildern, ausschneiden?	<input type="radio"/>				
Hat es Probleme beim Nachlegen einfacher Muster?	<input type="radio"/>				
Hält es einen recht kurzen Abstand beim Malen usw.?	<input type="radio"/>				
Malt es insgesamt nicht gerne?	<input type="radio"/>				
Spielt es ungern mit glatten Bauklötzen?	<input type="radio"/>				
Bevorzugt es „Legosteine“ usw.?	<input type="radio"/>				
Spielt es nicht gerne mit Puzzles?	<input type="radio"/>				
Spielt es lieber am Computer?	<input type="radio"/>				
Kann es sich schlecht vorstellen, was gerade erzählt wird?	<input type="radio"/>				
Hat es Probleme beim Trottnet fahren, Velo fahren?	<input type="radio"/>				
Hat es Probleme beim Schuhe binden?	<input type="radio"/>				
Plappert es häufig und viel?	<input type="radio"/>				

	ja	häufig	manchmal	weiss nicht	nein
Schauen die Augen auch bei Müdigkeit geradeaus?	<input type="radio"/>				
Dreht ein Auge weg (rechts oder links)?	<input type="radio"/>				
Kneift es die Augen zu?	<input type="radio"/>				
Schließt es ein Auge oder versucht es abzudecken?	<input type="radio"/>				
Reibt es sich häufig die Augen?	<input type="radio"/>				
Wird es ihm leicht schlecht beim Auto fahren?	<input type="radio"/>				
Hat es Kopfschmerzen/Bauchschmerzen?	<input type="radio"/>				
Hat es Schwindel und oder Unwohlsein?	<input type="radio"/>				
Blinzelt es auffällig häufig?	<input type="radio"/>				
Ist es relativ lichtempfindlich?	<input type="radio"/>				
Schaukelt es nicht gerne?	<input type="radio"/>				
Fährt es ungern Karussell?	<input type="radio"/>				
Ist es unsicher, ängstlich beim Bälle fangen?	<input type="radio"/>				
Hat es Orientierungsprobleme, verläuft es sich?	<input type="radio"/>				
Ist es ängstlich bei kleinen Höhenunterschieden, klettert es ungern?	<input type="radio"/>				
Geht es Treppen nicht wechselseitig (verwendet denselben Fuss)?	<input type="radio"/>				
Stösst es öfters an, stolpert es, wirft es leicht etwas um?	<input type="radio"/>				
Zielt es beim Eingiessen nicht mittig, legt es die Flasche auf?	<input type="radio"/>				
Ist es ungeschickt beim Spielen (z.B. Domino, Mikado)?	<input type="radio"/>				
Hat es allgemein eine schlechte motorische Koordination?	<input type="radio"/>				
Kann es schlecht die Körperbalance halten?	<input type="radio"/>				
Hat es Angst vor Wasser, will es nicht schwimmen lernen?	<input type="radio"/>				
Spielt es gerne den „Kindergartenkasper“?	<input type="radio"/>				
Stellt es anderen Kindern gerne ein Bein, berührt oder stößt sie gerne?	<input type="radio"/>				
Mag es keine Veränderungen in seinem Umfeld?	<input type="radio"/>				
Sucht es etwas, das „vor seiner Nase“ liegt?	<input type="radio"/>				
Muss es alles anfassen, um es erklären zu können?	<input type="radio"/>				
Wartet es nach Fragen nicht die Antwort ab?	<input type="radio"/>				
Fällt ihm ausdauernde Konzentration schwer (auch zuhören)?	<input type="radio"/>				
Grimassiert es (verzieht das Gesicht) beim Sprechen?	<input type="radio"/>				
Kann es nicht still sitzen, ist es immer zappelig?	<input type="radio"/>				
Läuft es auf unebenem Boden unsicher (z.B. Waldboden)?	<input type="radio"/>				

Gab es während der Schwangerschaft Probleme? **ja/nein** - Wenn ja, welche?

.....
 Gab es eine normale Geburt? **ja/nein** - Wenn nein, welche Komplikation gab es?

.....
 Ist Ihr Kind gekrabbelt? **ja/nein** - Im Vierfüsslerstand? **ja/nein** - Wenn ja, mit welchem Alter?

Mit welchem Alter begann ihr Kind zu gehen?

Gab es Entwicklungsschwierigkeiten? **ja/nein** - Wenn ja, welche?

.....
 Ist Ihr Kind sehr lebhaft? **ja/nein** Wie äussert sich Müdigkeit?

Ist Ihr Kind **Rechts-** oder **Linkshänder**?

Geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten/die Spielgruppe – **ja/nein/unterschiedlich/geht noch nicht**

Was macht Ihr Kind am liebsten?

Was macht Ihr Kind eher ungern?

Klagt(e) ihr Kind über Sehprobleme? **ja/nein** - Wenn ja, wie äussert sich das?

.....
 Wurde Ihr Kind bereits augenärztlich untersucht? - **ja/nein** - Wenn ja wann?

Von wem? Mit welchem Ergebnis?

Hatte Ihr Kind bedeutsame Verletzungen, z.B. Kopf? **ja/nein** Wenn ja, wann, Art und Ausmass:

.....
 Ist ihr Kind derzeit in ärztlicher Behandlung? **ja/nein** - Wenn ja seit wann?

Bei wem? Warum?

.....
 Bekommt Ihr Kind Medikamente? **ja/nein** - Wenn ja seit wann?

Welche und weshalb?

.....
 Von wem verordnet?

Hat Ihr Kind Medikamente wegen ADS, ADHS, POS (Hyperaktivität) verordnet bekommen? - **ja/nein**

Sonstige Auffälligkeiten oder Leiden/Krankheiten:

.....
 Hatte Ihr Kind, bisher Therapien, wegen Bewegungs-, Seh-, oder Sprachstörungen? **ja/nein**

Wenn ja, welche?

.....
 Von wem verordnet?

Wer hat die Therapie(n) durchgeführt?

.....
 Wie lange dauerte(n) sie?

Datum: *Unterschrift:* *Vielen Dank!*

Dauer der Erstabklärung 1 1/2 bis 2 1/4 Stunden. Honorar pauschal CHF 360.- inklusive Bericht (falls gewünscht).