



Beobachtung des Kindes durch die Eltern*

Name des Kindes: _____ Alter: _____

Erstellt von: _____ 1. Datum: _____ 2. Datum: _____

Bitte beantworten Sie die Fragen mit einem x in dem entsprechenden Kästchen (0 = gar nicht, 10 = sehr richtig)

Aufmerksamkeit

- | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| 1. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten hat? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 2. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 3. Ist Ihr Kind überempfindlich gegenüber manchen Tönen? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 4. Müssen Sie öfter Fragen an Ihr Kind wiederholen? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 5. Verwechselt Ihr Kind ähnlich klingende Worte? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 6. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, mündlichen Anweisungen zu folgen? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |

Motorische Fähigkeiten

- | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| 1. Hat Ihr Kind eine schlechte Körperhaltung? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 2. Zeigt Ihr Kind tollpatschige und unkoordinierte Bewegungen? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 3. Hat Ihr Kind ein schlechtes Rhythmusgefühl? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 4. Ist die Handschrift Ihres Kindes unleserlich? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 5. Ist es für Ihr Kind schwer, Hausaufgaben und Spiel zu organisieren und zu strukturieren? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 6. Verwechselt Ihr Kind links und rechts? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 7. Verwendet Ihr Kind gleichermaßen die linke und die rechte Hand für dieselbe Tätigkeit? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 8. Sind die sportlichen Fähigkeiten Ihres Kindes mangelhaft? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |

Ausdruck

- | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| 1. Hat Ihr Kind eine monotone Stimme? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 2. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit der Kontrolle der Lautstärke, so dass die Stimme oft zu laut oder zu leise ist? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 3. Sucht Ihr Kind oft nach Worten? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 4. Ist der Sprachschatz Ihres Kindes für sein Alter zu gering? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 5. Ist der Satzbau der Sprache Ihres Kindes mangelhaft? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 6. Verwendet Ihr Kind immer wieder die gleichen Ausdrücke? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 7. Kann Ihr Kind nicht richtig singen? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 8. Verwechselt Ihr Kind verschiedene Buchstaben? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 9. Sind die Lesefähigkeiten Ihres Kindes mangelhaft? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 10. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, laut zu lesen? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 11. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Buchstabieren? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |

Energetischer Zustand

- | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| 1. Hat Ihr Kind schon beim Aufstehen am Morgen Schwierigkeiten? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 2. Ist Ihr Kind am Abend sehr müde? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 3. Zögert Ihr Kind bei Entscheidungen? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 4. Ist Ihr Kind hyperaktiv? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 5. Ist Ihr Kind manchmal deprimiert oder niedergedrückt? | 0 | <input type="checkbox"/> | 10 |

Benehmen und soziale Anpassung

1. Wird Ihr Kind leicht ungeduldig und frustriert?	0	<input type="checkbox"/>	10								
2. Hat Ihr Kind ein mangelndes Selbstvertrauen?	0	<input type="checkbox"/>	10								
3. Hat Kind ein schlechtes Bild von sich selbst?	0	<input type="checkbox"/>	10								
4. Ist Ihr Kind schüchtern?	0	<input type="checkbox"/>	10								
5. Ist Ihr Kind ängstlich und besorgt?	0	<input type="checkbox"/>	10								
6. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, Kontakte zu knüpfen und neue Freunde zu finden?	0	<input type="checkbox"/>	10								
7. Hat Ihr Kind die Angewohnheit, sich zurückzuziehen und andere zu meiden?	0	<input type="checkbox"/>	10								
8. Ist Ihr Kind leicht reizbar?	0	<input type="checkbox"/>	10								
9. Ist Ihr Kind für sein Alter sozial unreif?	0	<input type="checkbox"/>	10								
10. Zeigt Ihr Kind wenig Motivation und Interesse für Kindergarten/Schule?	0	<input type="checkbox"/>	10								
11. Ist Ihr Kind gegenüber Kindergarten/ Schule negativ eingestellt?	0	<input type="checkbox"/>	10								

*Quellen: in Anlehnung an Fragebogen_Kind.doc, Deutsche Übersetzung rev A, Heuristico AB, Tomatis Center Sverige 1999