

U10

7. – 8. LEBENSJAHR

Praxisstempel

Foto: Andrey Kiselev - Fotolia



Schwerpunkte:

Motorische und intellektuelle Entwicklung (Lese-Recht-schreib-Störungen, Rechenstörungen), Verhaltensstörungen (z. B. ADHS), Medienverhalten

Datum

Name des Kindes

	Ja	Nein
1. Schläft Ihr Kind gut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hat Ihr Kind einen normalen Appetit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Geht Ihr Kind gern in die Schule?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Kann Ihr Kind sich gut konzentrieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Werden Hausaufgaben im Wesentlichen selbstständig gemacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Lernt Ihr Kind mit Freude?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hat Ihr Kind Freunde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ist Ihr Kind in der Familie gut integriert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Zeigt Ihr Kind in der Schule und in anderen Gruppensituationen ein normales Sozialverhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Folgt Ihr Kind meistens den in der Familie aufgestellten Regeln?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Hält sich Ihr Kind an die von Ihnen bestimmten Regeln bezüglich des Medienkonsums (Handy, Fernsehen, Computer)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Übernimmt Ihr Kind regelmäßig kleine Pflichten im Haushalt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Kann sich Ihr Kind selbst beschäftigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ist Ihr Kind in der Regel ausgeglichen und fröhlich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>