



Fragebogen zu Grenzsteinen der Entwicklung im Alter von 1 Jahr

Familienname: _____ **Vorname:** _____

geboren am: _____ **Geschlecht:** weiblich männlich

Wenn ich mein Kind hinsetze, kann es alleine sitzen ja nein

Mein Kind sitzt sicher und frei, ja nein

ohne fremde Unterstützung und ohne sich mit den Händen
abzustützen, ja nein

dabei kann es angebotene Gegenstände annehmen ohne umzufallen ja nein

Mein Kind kann sich auf allen Vieren fortbewegen (krabbeln oder
rutschen) ja nein

Mein Kind zieht sich zum Stehen hoch ja nein

und steht mit Festhalten an Wand und Möbeln ja nein

Mein Kind sagt häufig verständliche oder unverständliche Silben ja nein

Mein Kind bildet Doppelsilben wie baba, mama, gaga ja nein

Mein Kind kann zwischen fremden und bekannten Personen
unterscheiden ja nein

Mein Kind untersucht kleinere Gegenstände mit den Händen,
es schaut diese dabei konzentriert an ja nein

Mein Kind ergreift und hält kleinere Gegenstände zwischen Daumen
und gestrecktem Zeigefinger ja nein

Mein Kind findet Spielzeug, das vor seinen Augen unter einem Tuch
versteckt wurde ja nein

Mein Kind winkt zum Abschied ja nein

Mein Kind freut sich über andere Kinder ja nein

Folgende grau hinterlegten Felder werden vom Kinderarzt ausgefüllt

Summe „Ja“	_____
Grenzwert	≥ 14
Auffällig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ausgefüllt am: ____ . ____ . ____

Ausgefüllt von:



Fragebogen zu Grenzsteinen der Entwicklung im Alter von 2 Jahren

Familienname: _____ **Vorname:** _____
geboren am: _____ **Geschlecht:** weiblich männlich

Mein Kind kann über längere Zeit frei und sicher gehen ja nein

Mein Kind kann im Stehen Gegenstände vom Boden aufheben,
ohne Festhalten an Möbeln oder Abstützen mit den Händen ja nein
ohne Hinsetzen oder Hinknien ja nein

Mein Kind kann rennen ja nein
und weicht dabei Hindernissen aus ja nein

Mein Kind spricht mindestens 10 richtige Worte außer Papa und
Mama ja nein

Mein Kind sagt z.B. „Wau-Wau“ zu einem Hund oder anderen
Vierbeinern ja nein

Mein Kind spricht 2-Wortsätze, z.B. „Mama da“ ja nein

Mein Kind kann 3 Bauklötzchen oder Becher aufeinander setzen ja nein

Mein Kind räumt etwa 10 Minuten lang konzentriert kleinere
Gegenstände aus und ein und beschäftigt sich selbst damit ja nein

Mein Kind gibt Gegenstände auf Verlangen ja nein

Mein Kind kann eingewickelte Bonbons oder andere kleine
Gegenstände auspacken ja nein

Mein Kind kritzelt mit dem Stift (wird in der Faust gehalten) ja nein

Mein Kind zeigt im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände
und blättert die Seiten einzeln um (Pappbilderbuch) ja nein

Mein Kind bleibt oder spielt etwa 15 min alleine, auch wenn die
Mutter nicht im Zimmer, jedoch in der Nähe ist ja nein

Mein Kind freut sich über andere Kinder ja nein

Mein Kind winkt zum Abschied ja nein

Folgende grau hinterlegten Felder werden vom Kinderarzt ausgefüllt

Summe „Ja“	_____
Grenzwert	≥ 17
Auffällig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ausgefüllt am: ____ . ____ . ____ Ausgefüllt von:



Fragebogen zu Grenzsteinen der Entwicklung im Alter von 3 Jahren

Familienname: _____ **Vorname:** _____

geboren am: _____ **Geschlecht:** weiblich männlich

Mein Kind hüpf sicher mit beiden Beinen von der untersten
Treppenstufe ja nein

Mein Kind kann beim Rennen Hindernisse umgehen und
plötzlich anhalten ja nein

Mein Kind kann im Wechselschritt Treppen steigen ja nein

Beim Greifen von kleinen Gegenständen benutzt mein Kind die
Fingerspitzen der ersten 3 Finger ja nein

Mein Kind benutzt einen Löffel mit wenig Kleckern ja nein

Mein Kind kann eingewickelte Bonbons oder andere kleine
Gegenstände auspacken ja nein

Mein Kind blättert Buch-, Heft- oder Katalogseiten einzeln um ja nein

Mein Kind kritzelt mit dem Stift (wird in der Faust gehalten) ja nein

Mein Kind spricht Sätze aus 3 bis 5 Wörtern ja nein

Mein Kind verwendet den eigenen Vornamen richtig ja nein

Mein Kind möchte im Haushalt mithelfen ja nein

und ahmt die Tätigkeiten Erwachsener im Rollenspiel mit
anderen Kindern nach ja nein

Mein Kind spielt intensive „Als-ob-Spiele“ (z.B. Stock wird zum
Schwert, Puppen werden gefüttert) ja nein

Mein Kind spielt über 5-10 Minuten mit anderen Kindern, spricht
dabei, gibt und nimmt Gegenstände ja nein

Folgende grau hinterlegten Felder werden vom Kinderarzt ausgefüllt

Summe „Ja“	_____
Grenzwert	≥ 12
Auffällig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ausgefüllt am: ____ . ____ . ____ Ausgefüllt von:



Fragebogen zu Grenzsteinen der Entwicklung im Alter von 4 Jahren

Familienname: _____ **Vorname:** _____
geboren am: _____ **Geschlecht:** weiblich männlich

Mein Kind kann im Wechselschritt Treppen steigen ja nein

Mein Kind hüpfst sicher mit beiden Beinen gleichzeitig eine kurze
Strecke (30-50 cm) nach vorne, ja nein

es kann dabei das Gleichgewicht gut halten ja nein

Mein Kind fährt mit dem Dreirad oder Laufrad (oder einem
ähnlichen Fahrzeug) um Hindernisse herum, ja nein

es tritt und lenkt gleichzeitig ja nein

Mein Kind hält den Stift richtig zwischen den ersten 3 Fingern ja nein

Mein Kind zieht sich alleine an ja nein

Mein Kind verwendet das Wort „Ich“ richtig ja nein

Mein Kind fragt „Warum – Wie – Wo – Wieso – Woher“ ja nein

Mein Kind möchte im Haushalt mithelfen ja nein

und ahmt die Tätigkeiten Erwachsener im Rollenspiel mit anderen
Kindern nach ja nein

Mein Kind hört beim Vorlesen genau zu ja nein

Mein Kind spielt intensive „Als-ob-Spiele“ (z.B. Stock wird zum
Schwert, Puppen werden gefüttert) ja nein

Mein Kind versteht Spielregeln und dass beim Spielen auch
andere an der Reihe sind ja nein

Mein Kind ist bereit zu teilen ja nein

Folgende grau hinterlegten Felder werden vom Kinderarzt ausgefüllt

Summe „Ja“	_____
Grenzwert	≥ 13
Auffällig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ausgefüllt am: ____ . ____ . ____ Ausgefüllt von:



Fragebogen zu Grenzsteinen der Entwicklung im Alter von 5 Jahren

Familienname: _____ **Vorname:** _____
geboren am: _____ **Geschlecht:** weiblich männlich

Mein Kind kann im Wechselschritt Treppen vorwärts rauf und
runter steigen, ohne sich am Geländer festzuhalten ja nein

Mein Kind hüpfst sicher mit beiden Beinen gleichzeitig eine kurze
Strecke (30-50 cm) nach vorne, ja nein

es kann dabei das Gleichgewicht gut halten ja nein

Mein Kind kann 10 Sekunden auf einem Bein stehen ja nein

Mein Kind kann 10 mal auf einem Bein hüpfen ja nein

Mein Kind kann größere Bälle (z.B. einen Fußball) werfen ja nein

und aus etwa 2m Entfernung mit den Händen und dem Körper
fangen ja nein

Mein Kind kann Gegenstände genauer malen
(z.B. ein Haus, Baum, Männchen oder Auto) ja nein

und mir diese erklären ja nein

Mein Kind malt ein Malbuch einigermaßen genau aus ja nein

Mein Kind kann kleben und einfache Dinge basteln ja nein

Mein Kind kann mit der Kinderschere an einer geraden Linie
entlang schneiden ja nein

Mein Kind erkennt die Farben Rot, Gelb, Grün, Blau, Schwarz
und Weiß ja nein

Mein Kind erzählt Ereignisse und Geschichten in richtiger zeitlicher und logischer Reihenfolge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Es benutzt dabei einfache, jedoch korrekte Sätze	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind spricht alle Buchstaben richtig aus (Bitte hier auch „ja“ ankreuzen, wenn Ihr Kind <u>nur</u> „S“ nicht richtig ausspricht / lispelt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind zieht sich alleine an	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind hört beim Vorlesen genau zu	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind baut erkennbare Häuser, Autos, Flugzeuge, usw. aus Lego, Duplo, oder anderen Bauelementen mit oder ohne Vorlage	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind spielt mit anderen Kindern Rollenspiele (z.B. Räuber und Polizist)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind versteht Spielregeln und dass beim Spielen auch Andere an der Reihe sind	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind stellt sich automatisch von selbst und ohne zu zögern in eine Reihe (z.B. an der Rutschbahn)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind ist bereit zu teilen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind lädt andere Kinder zu sich ein und wird auch eingeladen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Folgende grau hinterlegten Felder werden vom Kinderarzt ausgefüllt

Summe „Ja“	_____
Grenzwert	≥ 20
Auffällig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ausgefüllt am: ____ . ____ . ____	Ausgefüllt von: _____
-----------------------------------	-----------------------



Fragebogen zu Grenzsteinen der Entwicklung im Alter von 6 Jahren

Familienname: _____ **Vorname:** _____
geboren am: _____ **Geschlecht:** weiblich männlich

Mein Kind kann 10 Sekunden auf einem Bein stehen ja nein

Mein Kind kann 10 mal auf einem Bein hüpfen ja nein

Mein Kind kann einen Ball fangen und werfen
(z.B. einen Fußball) ja nein

Mein Kind kann Gegenstände genauer malen
(z.B. ein Haus, Baum, Männchen oder Auto) ja nein

und mir diese erklären ja nein

Mein Kind malt ein Malbuch einigermaßen genau aus ja nein

Mein Kind kann ein Dreieck zeichnen ja nein

Mein Kind kann kleben und einfache Dinge basteln ja nein

Mein Kind kann mit der Kinderschere an einer geraden Linie
entlang schneiden ja nein

Mein Kind erkennt einige Buchstaben und Symbole
(z.B. Verkehrszeichen) ja nein

Mein Kind erkennt die Farben Rot, Gelb, Grün, Blau, Schwarz
und Weiß ja nein

Mein Kind kennt räumliche und zeitliche Begriffe wie oben,
unten, gestern ja nein

Mein Kind unterscheidet ähnlich klingende Wörter
(z.B. Raum – Baum) ja nein

Mein Kind erzählt Ereignisse und Geschichten in richtiger zeitlicher und logischer Reihenfolge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Es benutzt dabei einfache, jedoch korrekte Sätze	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind spricht alle Buchstaben richtig aus (Bitte hier auch „ja“ ankreuzen, wenn Ihr Kind <u>nur</u> „S“ nicht richtig ausspricht / lispelt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind kennt Zahlen und weiß, was mehr oder weniger ist	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind hört beim Vorlesen genau zu	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind zieht sich alleine an und die Schuhe richtig herum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind baut erkennbare Häuser, Autos, Flugzeuge, usw. aus Lego, Duplo, oder anderen Bauelementen mit oder ohne Vorlage	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind spielt mit anderen Kindern Rollenspiele (z.B. Räuber und Polizist)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind hat Spaß an Wett- und Rennspielen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind freut sich auf die Schule und möchte lernen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Folgende grau hinterlegte Felder werden vom Kinderarzt ausgefüllt

Summe „Ja“	_____
Grenzwert	männl. ≥ 19 weibl. ≥ 21
Auffällig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ausgefüllt am: ____ . ____ . ____	Ausgefüllt von: _____
-----------------------------------	-----------------------