



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: