



Patientenname: \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

**Bitte kreuzen sie das Zutreffende an.**

- Benötigt Ihr Kind regelmäßig (mind. 3x/Woche) länger als eine Stunde um einzuschlafen?  nein  ja
- Ist Ihr Kind sehr wählerisch beim Essen?  nein  ja
- Weint oder schreit Ihr Kind mind. 15 Minuten, wenn es von seiner primären Bezugsperson (Mutter/Vater) getrennt wird?  nein  ja
- Ist Ihr Kind sehr unruhig, zappelig oder kann es nicht stillsitzen?  nein  ja
- Hat Ihr Kind täglich einen Wutanfall?  nein  ja
- Beschädigt Ihr Kind häufig absichtlich Gegenstände?  nein  ja
- Geht Ihr Kind schnell mit einer ihr / ihm vorher unbekanntem Person mit?  nein  ja
- Reagiert Ihr Kind mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird?  nein  ja
- Wirkt Ihr Kind häufig abwesend auf Sie (blickt ins Leere, reagiert überhaupt nicht auf Ansprache)?  nein  ja
- Kann Ihr Kind 2-3 Stufen im Wechselschritt hinauf und hinunter gehen (mit festhalten) und von der letzten Stufe hüpfen?  ja  nein
- Spielt, teilt und tauscht Ihr Kind gerne mit Gleichaltrigen?  ja  nein
- Spielt ihr Kind Als-Ob-Spiele (füttert Puppe, gießt Tee in Tasse)?  ja  nein
- Kann sich Ihr Kind schon an Spielregeln halten?  ja  nein
- Hat ihr Kind mindestens 3x/Woche schmerzfrei Stuhlgang?  ja  nein
- Gab es Veränderungen in der Familie des Kindes (oder im Kontakt mit wichtigen Bezugspersonen)?  nein  ja

Worüber freuen Sie sich besonders?

\_\_\_\_\_

Macht Ihnen etwas Sorgen?

\_\_\_\_\_

Ihre Fragen:

\_\_\_\_\_