



## 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,  ja  nein

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: