

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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mein Kind sitzt sicher und frei, ohne fremde Unterstützung und ohne sich mit den Händen abzustützen,	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
dabei kann es angebotene Gegenstände annehmen ohne umzufallen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mein Kind kann sich auf allen Vieren fortbewegen (krabbeln oder rutschen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mein Kind zieht sich zum Stehen hoch und steht mit Festhalten an Wand und Möbeln	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mein Kind sagt häufig verständliche oder unverständliche Silben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mein Kind bildet Doppelsilben wie baba, mama, gaga	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mein Kind kann zwischen fremden und bekannten Personen unterscheiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mein Kind untersucht kleinere Gegenstände mit den Händen, es schaut diese dabei konzentriert an	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mein Kind ergreift und hält kleinere Gegenstände zwischen Daumen und gestrecktem Zeigefinger	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mein Kind findet Spielzeug, das vor seinen Augen unter einem Tuch versteckt wurde	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mein Kind winkt zum Abschied	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mein Kind freut sich über andere Kinder	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein