

FragebogenVerhalten von Kindern im Alltag
im Bereich Sehen**Niedersächsisches Landesamt
für Soziales, Jugend und Familie**
Fachberatung Hören, Sprache und Sehen

Vor- und Nachname des Kindes:

Geburtsdatum des Kindes:

Alter:

Bearbeitung von (Name, ggf. Institution):

Bearbeitungsdatum:

Nr.	Verhalten des Kindes	Zutreffendes: X			Kommentar / "kein Thema"
		oft	manchmal	nie	
Interaktion & Kommunikation: Mein Kind ...					
1	... nimmt Blickkontakt auf (Auge zu Auge).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	... lächelt mich oder andere an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	... schaut durch mich durch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	... schaut an mir vorbei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	... reagiert auf verschiedene Gesichtsausdrücke (z. B.: Lachen, Wut, Trauer).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	... verfolgt mein Gesicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	... benennt Personen beim Erblicken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	... benennt Personen nach Stimmklang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nähe: Mein Kind ...					
9	... öffnet den Mund, wenn ich die Trinkflasche herantühre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	... greift zielsicher nach Spielzeug.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	... setzt Puzzleteile "verdreht" ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	... malt nicht gerne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	... baut nicht gern Lego-/Duplosteinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	... schaut nicht gern Bilderbücher an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	... spielt Rollenspiele (z.B. Einkaufen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	... schaut Familienfotos an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	... macht Musik (singen, klatschen ...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nr.	Verhalten des Kindes	Zutreffendes: X			Kommentar / "kein Thema"
		oft	manchmal	nie	
Orientierung und Bewegung:					
Mein Kind ...					
18	... stopp / stolpert über Kanten am Boden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	... stoppt vor Treppen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	... stößt gegen Möbel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	... fällt über Spielzeug.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	... findet sein Spielzeug im Zimmer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	... räumt lieber selbst auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	... entdeckt gewünschtes Essen auf dem Tisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	... läuft bekannte Wege sicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	... fährt Drei-/Lauf-/Fahrrad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alltagsaktivitäten:					
Mein Kind ...					
27	... stolpert, z.B. auf dem Spielplatz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	... geht sehr nahe an den Fernseher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	... ist vorsichtig auf hohen Spielgeräten (z.B. Kletterturm auf dem Spielplatz).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	... geht selbstständig auf die Toilette.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31	... findet die Jacke/Schuhe an der Garderobe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weiteres:					
Mein Kind ...					
32	... blinzelt mit den Augen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33	... ist gerne in dunkleren Räumen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34	... schläft am Tag und ist in der Nacht wach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35	... nimmt sich Auszeiten (Schlaf, Rückzug).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36	... schielt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37	... hat zitternde Augen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
38	... hat gerötete Augen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ihre wichtigen Ergänzungen (ggf. in Druckschrift):

.....

.....