

U11

9. – 10. LEBENSJAHR

Praxisstempel

Foto: Valua Vitally - iStock



Schwerpunkte:

Schulleistungsstörungen, präpubertäre/pubertäre Problematik, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Medienverhalten; Bewegungsverhalten

Datum	Name des Kindes		Ja	Nein
		1. Schläft Ihr Kind gut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		2. Hat Ihr Kind einen normalen Appetit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		3. Treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		4. Geht Ihr Kind gern in die Schule?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		5. Kann Ihr Kind sich gut konzentrieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		6. Werden Hausaufgaben im Wesentlichen selbst ständig gemacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		7. Lernt Ihr Kind mit Freude?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		8. Hat Ihr Kind Freunde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		9. Ist Ihr Kind in der Familie gut integriert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		10. Zeigt Ihr Kind in der Schule und in anderen Gruppensituationen ein normales Sozialverhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		11. Folgt Ihr Kind meistens den in der Familie aufgestellten Regeln?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		12. Hält sich Ihr Kind an die von Ihnen bestimmten Regeln bezüglich des Medienkonsums (Handy, Fernsehen, Computer)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		13. Übernimmt Ihr Kind regelmäßig kleine Pflichten im Haushalt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		14. Kann sich Ihr Kind selbst beschäftigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		15. Ist Ihr Kind in der Regel ausgeglichen und fröhlich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>