

M-CHAT-Rtm

Bitte beantworten Sie diese Fragen über Ihr Kind. Denken Sie dabei daran wie sich Ihr Kind normalerweise verhält. Wenn sie das erfragte Verhalten bei Ihrem Kind selten aber nicht regelmäßig beobachten, dann antworten Sie bitte mit Nein. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage entweder Ja oder Nein an. Vielen Dank.

1. Wenn Sie auf etwas am anderen Ende des Zimmers zeigen, schaut Ihr Kind es dann an? (z.B. Wenn Sie auf ein Spielzeug oder ein Tier zeigen, schaut Ihr Kind dann auf das Spielzeug oder das Tier)	Ja	Nein
2. Haben Sie sich jemals gefragt ob Ihr Kind schlecht hört?	Ja	Nein
3. Spielt Ihr Kind „So tun als ob“ Spiele (z.B. Tut es, als ob es aus einer leeren Tasse trinken würde? Tut es, als ob es telefonieren würde oder als ob es eine Puppe oder ein Stofftier füttern würde?)	Ja	Nein
4. Klettert Ihr Kind gerne auf Gegenstände? (z.B. auf Möbel, Stiegen, Klettergerüste)	Ja	Nein
5. Macht Ihr Kind <u>ungewöhnliche</u> Fingerbewegungen nahe seiner Augen? (z.B. Wackelt Ihr Kind mit den Fingern nahe an seinen Augen?)	Ja	Nein
6. Zeigt Ihr Kind mit einem Finger um etwas zu bitten oder um Hilfe zu bekommen? (z.B. Zeigt es auf Essen oder Spielzeug, das sich außerhalb seiner Reichweite befindet?)	Ja	Nein
7. Zeigt Ihr Kind mit einem Finger, um Ihnen etwas Interessantes zu zeigen? (z.B. Zeigt es auf ein Flugzeug am Himmel oder einen großen Lastwagen auf der Straße?)	Ja	Nein
8. Ist Ihr Kind an anderen Kindern interessiert? (z.B. Beobachtet Ihr Kind andere Kinder, lächelt es sie an oder geht es zu ihnen hin?)	Ja	Nein
9. Zeigt Ihnen Ihr Kind Dinge, indem es diese zu Ihnen bringt oder sie hinhält, damit Sie sie sehen – nicht um Hilfe zu bekommen, sondern nur um die Aufmerksamkeit zu teilen? (z.B. Zeigt es Ihnen eine Blume, ein Stofftier oder einen Spielzeuglaster?)	Ja	Nein
10. Reagiert Ihr Kind, wenn Sie es beim Namen rufen? (z.B. Schaut es her, spricht oder lautiert es oder hält es kurz inne, wenn Sie seinen Namen rufen?)	Ja	Nein
11. Wenn Sie Ihr Kind anlächeln, lächelt es zurück?	Ja	Nein
12. Wird Ihr Kind durch Alltagsgeräusche irritiert? (z.B. Weint oder schreit Ihr Kind beim Lärm vom Staubsauger oder lauter Musik?)	Ja	Nein
13. Kann Ihr Kind frei gehen?	Ja	Nein
14. Schaut Ihnen Ihr Kind in die Augen, wenn Sie mit ihm sprechen, spielen oder es anziehen?	Ja	Nein
15. Versucht Ihr Kind nachzumachen, was Sie tun? (z.B. Auf Wiedersehen winken, klatschen oder ein lustiges Geräusch, das Sie machen?)	Ja	Nein
16. Wenn Sie Ihren Kopf drehen, um auf etwas zu schauen, folgt Ihr Kind Ihrem Blick?	Ja	Nein
17. Versucht Ihr Kind Sie dazu zu bringen, dass Sie zu ihm hinschauen? (z.B. Schaut Sie Ihr Kind an, weil es gelobt werden möchte oder sagt es „Schau“ oder „Schau her“?)	Ja	Nein
18. Versteht Ihr Kind, wenn Sie ihm sagen, was es tun soll? (z.B. Wenn Sie keine Zeigegesten verwenden, versteht Ihr Kind „Leg das Buch auf den Sessel“ oder „Bring mir die Decke“?)	Ja	Nein
19. Schaut Ihnen Ihr Kind ins Gesicht, wenn etwas Neues passiert, um zu sehen was Sie davon halten? (z.B. Wenn es ein fremdes oder lustiges Geräusch hört oder ein neues Spielzeug sieht, schaut es Sie dann an?)	Ja	Nein
20. Liebt Ihr Kind Aktivitäten mit Bewegung? (z.B. Fliegen oder Kniereiterspiele?)	Ja	Nein