

FRAGEBOGEN U7

Name: _____ Geb.-Datum: _____

1.) Anamnese:

Gibt es in der Familie Skelettanomalien,
z.B. Skoliose, Gangstörungen?

Ja Nein

Gibt es in der Familie Hauterkrankungen,
z.B. Schuppenflechte, Ekzeme?

Ja Nein

Trägt in der Familie jemand eine Brille
oder schielt jemand?

Ja Nein

Ist in der Familie jemand Schwerhörig?

Ja Nein

Gibt es bei ihrem Kind Auffälligkeiten bezüglich
des Stuhlgangs?

Ja Nein

Gibt es bei ihrem Kind Ernährungsprobleme?

Ja Nein

Gibt es bei ihrem Kind Probleme bei der Zahnpflege?

Ja Nein

Gibt es bei ihrem Kind Schlafprobleme?

Ja Nein

2.) Fragen zur Entwicklung:

Kann ihr Kind.....

.....auf einen Stuhl hoch und hinunter klettern?

Ja Nein

.....drei Stufen im Kinderschritt steigen?

Ja Nein

....drei Stufen im Kinderschritt nach unten gehen?

Ja Nein

....einen Ball aus dem Stand kicken ohne sich festzuhalten?

Ja Nein

....drei Schritte auf Zehenballen gehen ohne sich festzuhalten?

Ja Nein

....einmal kurz auf der Stelle hüpfen?

Ja Nein

Bitte wenden ⇨

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
|Malen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
|eine leicht zugedrehte Flasche auf bzw. zudrehen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
|summt es Lieder mit? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
|seine Wünsche durch Worte äußern?
z.B. „da“ oder „hamhäm“ | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
|einen Gegenstand auf Befragen benennen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
|Aufforderungen sprachlich ablehnen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
|erste Zweiwortsätze sprechen?
z.B. „Mama da“ oder „Papa Ball“ | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Hilft ihr Kind beim Aufräumen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Kommt ihr Kind manchmal um sich Bilderbücher zeigen
zu lassen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Führt ihr Kind einfache Aufträge im Haushalt durch?
z.B. Tisch decken, Spülmaschine ausräumen.... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Bleibt ihr Kind für kurze Zeit alleine bei Bekannten? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Wirft ihr Kind seinen Müll in den Abfalleimer? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Spielt ihr Kind gerne Fangen mit Gleichaltrigen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Spießt ihr Kind manchmal das Essen mit der Gabel auf? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Isst ihr Kind mit dem Löffel einen Teil des Tellers leer
(Kleckern erlaubt ☺) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Trinkt ihr Kind selbständig aus der Tasse? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Reibt ihr Kind die Hände beim Händewaschen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Trocknet ihr Kind die Hände flüchtig ab? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Kann ihr Kind die geöffnete Jacke alleine ausziehen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

SBE-2-KT

Sprachbeurteilung durch Eltern Kurztest für die U7 (SBE-2-KT)

W. v. Suchodoletz & S. Sachse

Name des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

Junge Mädchen

Geb.-Datum: _____

Datum, an dem der Fragebogen ausgefüllt wurde : _____

Alter (in Monaten am Tag des Ausfüllens): _____

Bogen ausgefüllt von: Mutter Vater beiden Eltern sonstig

falls sonstige Person – wer?: _____

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf? nein ja

falls ja, welche Sprachen? _____

Hier finden Sie eine Wortliste. Bitte kreuzen Sie alle die Wörter an, die Sie häufiger von Ihrem Kind gehört haben. Dabei sollten aber nur Wörter angekreuzt werden, die Ihr Kind selbst verwendet und nicht solche, die es nur nachspricht oder nur versteht. Kreuzen Sie bitte auch Wörter an, die Ihr Kind etwas anders ausspricht (z.B. „nane“ statt „Banane“ oder „Tuchen“ statt „Kuchen“). Falls Ihr Kind ein ähnliches Wort benutzt (z.B. „Mieze“ für „Katze“), schreiben Sie dies bitte daneben.

Noch ein Hinweis: Der Wortschatz von zweijährigen Kindern ist sehr unterschiedlich. Es kann also durchaus sein, dass Ihr Kind nur einige dieser Wörter spricht. Auch wird es vermutlich noch andere, hier nicht aufgeführte Wörter sprechen.

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hallo | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Auto | <input type="checkbox"/> Opa | <input type="checkbox"/> Ball |
| <input type="checkbox"/> danke | <input type="checkbox"/> mein | <input type="checkbox"/> bitte |
| <input type="checkbox"/> Boot | <input type="checkbox"/> Buch | <input type="checkbox"/> Zug |
| <input type="checkbox"/> Apfel | <input type="checkbox"/> Banane | <input type="checkbox"/> Gurke |
| <input type="checkbox"/> Brot | <input type="checkbox"/> Butter | <input type="checkbox"/> Milch |
| <input type="checkbox"/> Kuchen | <input type="checkbox"/> Keks | <input type="checkbox"/> Eier |
| <input type="checkbox"/> Fisch | <input type="checkbox"/> Maus | <input type="checkbox"/> Baum |
| <input type="checkbox"/> Katze | <input type="checkbox"/> Pferd | <input type="checkbox"/> Hase |
| <input type="checkbox"/> Affe | <input type="checkbox"/> Bär | <input type="checkbox"/> Ente |
| <input type="checkbox"/> Hose | <input type="checkbox"/> Jacke | <input type="checkbox"/> Schuhe |
| <input type="checkbox"/> Auge | <input type="checkbox"/> Bauch | <input type="checkbox"/> Hand |
| <input type="checkbox"/> Ohr | <input type="checkbox"/> Mund | <input type="checkbox"/> Nase |
| <input type="checkbox"/> baden | <input type="checkbox"/> essen | <input type="checkbox"/> malen |
| <input type="checkbox"/> Licht | <input type="checkbox"/> kalt | <input type="checkbox"/> nass |
| <input type="checkbox"/> raus | <input type="checkbox"/> runter | <input type="checkbox"/> weg |
| <input type="checkbox"/> Bett | <input type="checkbox"/> Stuhl | <input type="checkbox"/> Schnuller |
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Haare | <input type="checkbox"/> Schlüssel |
| <input type="checkbox"/> Tür | <input type="checkbox"/> Uhr | <input type="checkbox"/> Wasser |

Benutzt Ihr Kind schon Wortverbindungen von zwei oder mehr Wörtern, wie z. B. *Mama Buch, Baby spielen, das da rein?*

- nein ja

Bemerkungen: _____

