

Elternfragebogen — Vorsorge U7

Patientenname:_____ **Geburtsdatum:**_____ **Alter:**_____

Was isst Ihr Kind?:_____ Was trinkt Ihr Kind?:_____

Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang?: _____ Ist der Stuhl auffällig?: ☐Nein ☐Ja

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes insgesamt zufrieden? ☐Nein ☐Ja

Putzen Sie ihrem Kind die Zähne? ☐Nein ☐Ja, Wie?:_____

Reagiert Ihr Kind auf laute und leise Töne?: ☐Nein ☐Ja

Schnarcht Ihr Kind regelmäßig?: ☐Nein ☐Ja

Sie Sie mit der Sprachentwicklung zufrieden? ☐Nein ☐Ja

Wird Ihr Kind von der Umgebung verstanden? ☐Nein ☐Ja

Lutscht Ihr Kind regelmäßig Schnuller/Daumen? ☐Nein ☐Ja

Stottert Ihr Kind? ☐Nein ☐Ja

War Ihr Kind seit der letzten Vorsorge bei einem Arzt oder Therapeuten?

☐Augenarzt ☐HNO-Arzt ☐Hautarzt ☐Sonstiges:_____ Anlass:_____

Gab es Ereignisse oder Veränderungen? (gesundheitlich / familiär):_____

Geht Ihr Kind in den Kindergarten / in die Kita / Tagesmutter? (Welche?):_____

Wieviele Tage / Woche?: _____ Wieviele Stunden / Tag?: _____

Wer betreut Ihr Kind sonst noch?: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig an einer Gruppe teil?

z.B. ☐Kinderturnen ☐Kindersingen ☐Sonstige:_____

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind am Tag mit...

Fernsehen:_____ Tablet/Handy: _____ Computer- oder Videospielen: _____ Büchern:_____

Vielen Dank !

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.

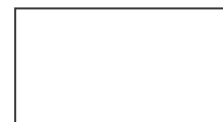
Noch ein Hinweis: Der Wortschatz von zweijährigen Kindern ist sehr unterschiedlich. Es kann also durchaus sein, dass Ihr Kind nur einige dieser Wörter spricht. Auch wird es vermutlich noch andere, hier nicht aufgeführte Wörter sprechen.

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

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

☐ nein ☐ ja

Bemerkungen: _____



Fragebogen zu Grenzsteinen der Entwicklung im Alter von 2 Jahren

Familienname: _____ **Vorname:** _____
geboren am: _____ **Geschlecht:** ☐ weiblich ☐ männlich

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Mein Kind kann über längere Zeit frei und sicher gehen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <hr/> | | |
| Mein Kind kann im Stehen Gegenstände vom Boden aufheben, ohne Festhalten an Möbeln oder Abstützen mit den Händen ohne Hinsetzen oder Hinknien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <hr/> | | |
| Mein Kind kann rennen und weicht dabei Hindernissen aus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <hr/> | | |
| Mein Kind spricht mindestens 10 richtige Worte außer Papa und Mama | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <hr/> | | |
| Mein Kind sagt z.B. „Wau-Wau“ zu einem Hund oder anderen Vierbeinern | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <hr/> | | |
| Mein Kind spricht 2-Wortsätze, z.B. „Mama da“ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <hr/> | | |
| Mein Kind kann 3 Bauklötzchen oder Becher aufeinander setzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <hr/> | | |
| Mein Kind räumt etwa 10 Minuten lang konzentriert kleinere Gegenstände aus und ein und beschäftigt sich selbst damit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <hr/> | | |
| Mein Kind gibt Gegenstände auf Verlangen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <hr/> | | |
| Mein Kind kann eingewickelte Bonbons oder andere kleine Gegenstände auspacken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <hr/> | | |
| Mein Kind kritzelt mit dem Stift (wird in der Faust gehalten) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <hr/> | | |
| Mein Kind zeigt im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände und blättert die Seiten einzeln um (Pappbilderbuch) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <hr/> | | |
| Mein Kind bleibt oder spielt etwa 15 min alleine, auch wenn die Mutter nicht im Zimmer, jedoch in der Nähe ist | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <hr/> | | |
| Mein Kind freut sich über andere Kinder | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <hr/> | | |
| Mein Kind winkt zum Abschied | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Günter Esser und Manfred Laucht

Mannheimer Elternfragebogen MEF

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt von: _____ am: _____

Kreuzen Sie bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Ihrem Kind in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. Machen Sie bitte **nur ein Kreuz in jeder Zeile**, setzen Sie die Kreuze nur auf die Kästchen, nicht in die Zwischenräume und **lassen Sie bitte keine Frage aus**. Sollte Ihr Kind zur Zeit Medikamente erhalten, die sein Verhalten verändern, beantworten Sie bitte die Fragen so, wie sich Ihr Kind verhält, wenn es keine Medikamente erhält.

| Mein Kind ... | stimmt nicht | stimmt |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. kann mindestens dreimal pro Woche schlecht einschlafen (liegt mindestens 1 Stunde wach) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. wacht mindestens einmal pro Nacht auf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. schläft nachts mit im Elternbett, obwohl wir das nicht gern sehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. hat meistens nur wenig Appetit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ist untergewichtig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ist extrem wählerisch beim Essen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. kann sich schlecht von der Mutter trennen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Dabei kommt es zu langem Schreien oder Weinen (mind. eine Viertelstunde) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. hat vor vielen Dingen panische Angst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ist überaus schreckhaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ist mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. hat täglich einen Wutanfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ist zu Hause ständig ungehorsam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. zerstört häufig Gegenstände | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. hat große Angst vor fremden Erwachsenen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. spricht fast jede fremde Person an | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. geht schon nach kurzer Zeit mit fremder Person überall mit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |