

Liebe Eltern, bitte füllen Sie nachfolgend nur die hellen, nicht die grauen Seiten aus.



Elternfragebogen — Vorsorge U7a

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

Sind Sie mit der Sprachentwicklung zufrieden? Nein Ja

Wird Ihr Kind von der Umgebung verstanden? Nein Ja

Lutscht Ihr Kind regelmäßig Schnuller/Daumen? 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 !



Sprachbeurteilung durch Eltern

Kurztest für die U7a

(SBE-3-KT)

W. v. Suchodoletz, S. Kademann & S. Tippelt

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? _____

Version vom 09.09.2009

In diesem Bogen finden Sie eine Liste von Wörtern und Sätzen, wie sie von Kindern in den ersten Lebensjahren oft benutzt werden. Bitte kreuzen Sie an, was Sie häufiger als ein Mal von Ihrem Kind gehört haben. Dabei sollten aber nur Wörter und Sätze 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. „taufen“ statt „kaufen“ oder „daußen“ statt „draußen“). Falls Ihr Kind etwas Ähnliches benutzt (z.B. „Becher“ für „Glas“), schreiben Sie dies bitte daneben.

Vielleicht noch ein Hinweis: Der Wortschatz und der Sprachgebrauch dreijähriger Kinder ist sehr unterschiedlich. Wenn Ihr Kind nur einige dieser Wörter oder Sätze spricht, muss Sie das nicht gleich beunruhigen. Außerdem wird es vermutlich auch noch andere, hier nicht aufgeführte Wörter und Sätze sprechen.

- | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> arbeiten | <input type="checkbox"/> Geburtstag | <input type="checkbox"/> klein | <input type="checkbox"/> Mädchen | <input type="checkbox"/> rennen |
| <input type="checkbox"/> brauchen | <input type="checkbox"/> gießen | <input type="checkbox"/> kochen | <input type="checkbox"/> mit | <input type="checkbox"/> sagen |
| <input type="checkbox"/> draußen | <input type="checkbox"/> Glas | <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> müde | <input type="checkbox"/> Sand |
| <input type="checkbox"/> Eimer | <input type="checkbox"/> Hals | <input type="checkbox"/> lachen | <input type="checkbox"/> Musik | <input type="checkbox"/> sauber |
| <input type="checkbox"/> finden | <input type="checkbox"/> Handtuch | <input type="checkbox"/> Lampe | <input type="checkbox"/> müssen | <input type="checkbox"/> scharf |
| <input type="checkbox"/> Finger | <input type="checkbox"/> heute | <input type="checkbox"/> leise | <input type="checkbox"/> nass | <input type="checkbox"/> schenken |
| <input type="checkbox"/> Fleisch | <input type="checkbox"/> hören | <input type="checkbox"/> Licht | <input type="checkbox"/> neu | <input type="checkbox"/> Schirm |
| <input type="checkbox"/> fliegen | <input type="checkbox"/> jetzt | <input type="checkbox"/> lieb | <input type="checkbox"/> Ohr | <input type="checkbox"/> schmecken |
| <input type="checkbox"/> Frühstück | <input type="checkbox"/> kaufen | <input type="checkbox"/> liegen | <input type="checkbox"/> Papier | <input type="checkbox"/> schmutzig |

<input type="radio"/> schneiden	<input type="radio"/> Sonne	<input type="radio"/> Teppich	<input type="radio"/> warm	<input type="radio"/> wohnen
<input type="radio"/> schnell	<input type="radio"/> springen	<input type="radio"/> Tier	<input type="radio"/> warten	<input type="radio"/> Wolke
<input type="radio"/> Schokolade	<input type="radio"/> stehen	<input type="radio"/> Tisch	<input type="radio"/> waschen	<input type="radio"/> Zahn
<input type="radio"/> Schrank	<input type="radio"/> Stein	<input type="radio"/> Tomate	<input type="radio"/> Wasser	<input type="radio"/> Zeh
<input type="radio"/> Schuh	<input type="radio"/> Stift	<input type="radio"/> Treppe	<input type="radio"/> weg	<input type="radio"/> Zimmer
<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> Straße	<input type="radio"/> voll	<input type="radio"/> weich	<input type="radio"/> Zunge
<input type="radio"/> schwimmen	<input type="radio"/> suchen	<input type="radio"/> vorlesen	<input type="radio"/> Wiese	<input type="radio"/> zusammen
<input type="radio"/> sehen	<input type="radio"/> Suppe			

Wortschatz: _____

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

Wenn Sie ja angekreuzt haben, beantworten Sie bitte alle weiteren Fragen.

Kreuzen Sie im Folgenden immer die Möglichkeit an, die **am ehesten** dem entspricht, was Ihr Kind sagen würde.

2. Da Katze. 3. Mama einkauft. 4. Meine sein!
 Da ist eine Katze. Mama kauft ein. Das ist meins!
5. Mama kochen. 6. viele Auto 7. viele Blume
 Mama kocht. viele Autos viele Blumen
-
8. Benutzt Ihr Kind die Satzverknüpfung **und**?
z. B. Ich hole das Buch **und** dann liest du vor. ja nein
-
9. Verwendet Ihr Kind die Wörter mein / meine richtig?
z. B. **mein** Zimmer, **meine** Puppe, **meine** Spielsachen ja nein
-
10. Wenn Ihr Kind keinen Apfel möchte, sagt es dann eher
 Nicht Apfel essen!
 Ich will keinen Apfel essen!

Benutzt Ihr Kind das Fragewort:

11. **Wie?** – z. B. Wie geht das Spiel? ja nein
12. **Was?** – z. B. Was hast Du da? ja nein
13. **Wo?** – z. B. Wo ist mein Ball? ja nein
14. **Wohin?** – z. B. Wohin geht Papa? ja nein
15. Erzählt Ihr Kind kurze Geschichten / Märchen
(anhand von Bildern) nach? ja nein

Bemerkungen:

Grammatik: _____

WS + (Gram. x 6) = Gesamtwert _____

Fragebogen zu Grenzsteinen der Entwicklung im Alter von 3 Jahren

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

Mein Kind hüpfst sicher mit beiden Beinen von der untersten Treppenstufe ja nein

Mein Kind kann beim Rennen Hindernisse umgehen und plötzlich anhalten ja nein

Mein Kind kann im Wechselschritt Treppen steigen ja nein

Beim Greifen von kleinen Gegenständen benutzt mein Kind die Fingerspitzen der ersten 3 Finger ja nein

Mein Kind benutzt einen Löffel mit wenig Kleckern ja nein

Mein Kind kann eingewickelte Bonbons oder andere kleine Gegenstände auspacken ja nein

Mein Kind blättert Buch-, Heft- oder Katalogseiten einzeln um ja nein

Mein Kind kritzelt mit dem Stift (wird in der Faust gehalten) ja nein

Mein Kind spricht Sätze aus 3 bis 5 Wörtern ja nein

Mein Kind verwendet den eigenen Vornamen richtig ja nein

Mein Kind möchte im Haushalt mithelfen ja nein

und ahmt die Tätigkeiten Erwachsener im Rollenspiel mit anderen Kindern nach ja nein

Mein Kind spielt intensive „Als-ob-Spiele“ (z.B. Stock wird zum Schwert, Puppen werden gefüttert) ja nein

Mein Kind spielt über 5-10 Minuten mit anderen Kindern, spricht dabei, gibt und nimmt Gegenstände ja 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	stimmt nicht
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"/>