

Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U7

Name, Vorname: _____ Datum: _____

	Kann Ihr 2jähriges Kind ...	
JA	... über eine längere Zeit frei und sicher gehen?	Nein
JA	... ihr Kind rennen?	Nein
JA	... Treppen hinuntersteigen mit Festhalten?	Nein
JA	... mit dem Löffel essen?	Nein
JA	Benutzt Ihr Kind die Tasse selbstständig?	Nein
JA	Wäscht sich Ihr Kind selbst die Hände?	Nein
JA	Zieht Ihr Kind Kleidungsstücke teils selbst aus?	Nein
JA	Blickt oder dreht sich Ihr Kind zur Schallquelle?	Nein
JA	Erkennt Ihr Kind Geräusche, Flugzeug, Auto,...?	Nein
JA	Hört Ihr Kind eine Mücke summen?	Nein
JA	Schnarcht Ihr Kind regelmäßig?	Nein
JA	Befolgt Ihr Kind leise geflüsterte Aufforderungen?	Nein
JA	Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?	Nein
JA	Versteht Ihr Kind einfache Aufforderungen und befolgt sie?	Nein
JA	Wird Ihr Kind von der Umgebung verstanden?	Nein
JA	Drückt Ihr Kind durch Gestik oder Sprache aus, dass es etwas ablehnt?	Nein
JA	Versucht Ihr Kind Sie irgendwo hinzuziehen, wenn es etwas will?	Nein
JA	Nennt sich Ihr Kind beim Namen?	Nein
JA	Zeigt Ihr Kind auf 3 Körperteile?	Nein
JA	Bleibt und spielt Ihr Kind 15 Minuten alleine, auch wenn Sie nicht im Zimmer sind?	Nein
JA	Geht Ihr Kind in eine Kindereinrichtung (Kita, Tagesmutter)?	Nein
JA	Hat Ihr Kind Interesse an anderen Kindern?	Nein
JA	Stellt es Handlungsabläufe dar, z.B. Puppe wird gefüttert, dann ins Bett gebracht?	Nein
JA	Schaut Ihr Kind gern Bilderbücher an?	Nein
JA	Ahmt Ihr Kind Hausarbeiten nach?	Nein
JA	Erkennt sich Ihr Kind im Spiegel?	Nein

JA	Kann sich Ihr Kind selbst beruhigen?	Nein
	Bittet Ihr Kind um Hilfe?	Nein
JA	Bekommt Ihr Kind fluorierte Zahnpaste?	Nein
Nein	Sind Sie oder andere Bezugspersonen in irgendeiner Weise besorgt um die Entwicklung Ihres Kindes (Essen, Schlafen, Verhalten)?	JA
Nein	Gab es schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung oder Operationen, Krampfanfälle, schwere, ungewöhnlich häufige Infektionen oder abnorme Stühle?	JA
Nein	Gibt es besondere Belastungen in der Familie?	JA
JA	Gibt es Ihrerseits Fragen?	Nein



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? _____

Version vom 17.07.2009

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: _____