

Elternfragebogen zur U7a

Liebe Eltern,

im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen wird die körperliche und psychische Entwicklung Ihres Kindes untersucht. Bitte helfen Sie uns bei der Einschätzung Ihres Kindes und beantworten Sie die nachfolgenden Fragen und notieren Sie ggf. spezielle Fragen und Probleme auf der Rückseite.

Patient: _____
 Name
 Vorname
 Geburtsdatum

Ja	Sind Sie mit der Entwicklung und dem Verhalten Ihres Kindes zufrieden?	Nein
Ja	Besucht Ihr Kind eine Kita/Tagesmutter/-vater? Wenn ja, wie viel Stunden pro Tag?	Nein
Nein	Werden von dort Sorgen/Probleme berichtet? Wenn ja, welche:	Ja
Ihr dreijähriges Kind ...		
Ja	... geht eine Treppe, ohne sich festzuhalten, auf und ab im Wechselschritt (d. h. einen Fuß pro Stufe).	Nein
Ja	... gelangt allein auf eine niedrige Schaukel.	Nein
Ja	... bewegt ein Dreirad oder andere dreirädrige Fahrzeuge zielgerichtet über eine längere Entfernung (es tritt und lenkt gleichzeitig).	Nein
Ja	... gießt Flüssigkeiten aus einer Flasche in ein Glas, ohne etwas zu verschütten.	Nein
Ja	... kann Messer, Gabel und Löffel richtig halten.	Nein
Ja	... hilft bei einfachen Haushaltstätigkeiten.	Nein
Ja	... braucht beim Hände waschen keine Hilfe mehr.	Nein
Ja	... kann (leichtgängige) Reißverschlüsse, Knöpfe und Druckknöpfe an seiner Kleidung selbst öffnen.	Nein
Ja	... zieht sich einen Pullover selbst aus.	Nein
Ja	... zieht sich auch den Pullover allein an.	Nein
Ja	... findet zuhause auch in dunklen Räumen den Lichtschalter.	Nein
Ja	... hört mind. 5 Min. aufmerksam einer vertrauten Geschichte zu (nicht gemeint sind Lieder, Gedichte, Reime).	Nein
Ja	... verwendet seinen Vor- oder Rufnamen, wenn es von sich spricht.	Nein
Ja	... verwendet die Mehrzahl.	Nein
Ja	... sagt „Bitte“, wenn es etwas möchte.	Nein
Ja	... spielt mit einem anderen Kind (länger als 5 Minuten, in der die Kinder sprechen und Gegenstände austauschen).	Nein
Ja	... hat zeitweilig (über mehrere Wochen) einen „besten Freund“ oder eine „beste Freundin“.	Nein
Ja	... kann sich an einfache Regeln halten (beim Spielen mit anderen Kindern – ohne Eingriff von Erwachsenen - abwechseln, Süßigkeiten aufteilen, in einer Reihe der Rutsche anstellen etc.).	Nein
Ja	... kann sich für mind. eine halbe Stunde allein in einem Zimmer beschäftigen (ein Erwachsener kann in der Nähe sein, aber nicht im selben Raum).	Nein
Ja	... kann sich ohne Schwierigkeiten über einige Stunden von Ihnen trennen, wenn es in dieser Zeit von einer gut bekannten Person betreut wird.	Nein
Nein	... schreit und weint anhaltend (länger als 15 Minuten) bei jeder Trennung.	Ja
Nein	... übernimmt spielerisch eine Rolle, z. B. „Ich bin ein Baby und du musst mich füttern“, „Ich bin jetzt ein Löwe und fresse dich“, „Ich bin die Polizei und verhafte dich“.	Ja
Ja	... sagt Bescheid, wenn es auf die Toilette muss.	Nein

Ja	... ist tagsüber trocken.	Nein
Ja	... ist nachts trocken.	Nein
Ja	... hat einmal oder mehrmals täglich schmerz- und angstfrei normal geformten, weichen Stuhlgang.	Nein
Ja	... schläft durch.	Nein
Nein	... kann mind. 3x pro Woche schlecht ein- o. durchschlafen (liegt mind. 1 Std. wach).	Ja
Nein	... hat Angstträume.	Ja
Nein	... schläft nachts mit im Elternbett, obwohl Sie dies nicht gern sehen.	Ja
Nein	... hat meistens wenig Appetit.	Ja
Nein	... ist extrem wählerisch beim Essen.	Ja
Nein	... ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht).	
Nein	... sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen.	Ja
Nein	... scheint keine Angst zu kennen und ist mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten.	Ja
Nein	... hat täglich einen Wutanfall.	Ja
Nein	... ist zu Hause ständig ungehorsam.	Ja
Nein	... gegenüber Schmerz sehr unempfindlich.	Ja
Nein	... zerstört häufig Gegenstände.	Ja
Nein	... spricht fast jede fremde Person an/ geht mit fremden Personen überall mit.	Ja
Nein	... wehrt sich gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen, auch nicht bei Krankheit/Angst/Unsicherheit.	Ja
Nein	... hat große Angst vor fremden Erwachsenen.	Ja
Nein	... ist überaus schreckhaft.	Ja
Nein	... reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird.	Ja
Ja	... reagiert angemessen auf zumutbare Änderungen des Tagesablaufes.	Nein
Ja	Trägt Ihr Kind einen Schutzhelm? (Fahradanhänger, Fahrradsitz, Laufrad, Dreirad o. ä.)	Nein
Ja	Haben Sie den Eindruck, dass ihr Kind gut hört? (erkennt auch leise Geräusche wie Mückensummen, stellt Musik nicht zu laut, reagiert richtig auf geflüsterte Aufforderungen in das Ohr, ein Wort nachzusprechen, ein Spielzeug zu geben, zur Tür zu gehen o. ä.?)	Nein
Ja	Erkennt Ihr Kind bekannte Geräusche (z. B. Flugzeug, Tierlaute)?	Nein
Ja	Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind gut sieht (kein Schielen, kein Augenzittern, keine Sehminderung)?	Nein
Nein	Gibt es in Ihrer Familie (insbesondere Eltern, Geschwister, Großeltern) Augenerkrankungen wie z. B. Schielen, Brillenträger? Wenn ja, welche?	Ja
Nein	... schnarcht oder atmet meist mit geöffnetem Mund.	Ja
	Wie wird Ihr Kind ernährt? <input type="checkbox"/> Vollkost <input type="checkbox"/> Vegetarisch <input type="checkbox"/> vegan <input type="checkbox"/> andere:	
Nein	Hatte Ihr Kind bereits Mittelohrentzündungen?	Ja
Nein	Lutscht Ihr Kind am Daumen oder braucht den Schnuller?	Ja
Ja	Ist es regelmäßig beim Zahnarzt? Wenn ja, wie oft?	Nein
Ja	Putzt sich die Zähne.	Nein
Ja	Putzen Sie die Zähne nach?	Nein
Ja	Bekommt Ihr Kind eine Fluorkariesprophylaxe (Zytrafluor, fluoriertes Salz oder fluoridierte Zahnpaste)? Wenn ja, welche?	Nein
Nein	Sind Sie in irgendeiner Weise besorgt um die Entwicklung Ihres Kindes? Hatte es einen Krampfanfall; Probleme beim Wasserlassen oder hat es abnorme Stühle; Schwierigkeiten beim Essen oder Trinken; Verhaltensauffälligkeiten; gehäufte Infektionen, starkes Schwitzen? Wenn "Ja", bitte unterstreichen oder ergänzen.	Ja

SBE-3-KT

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

- | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> schneiden | <input type="checkbox"/> Sonne | <input type="checkbox"/> Teppich | <input type="checkbox"/> warm | <input type="checkbox"/> wohnen |
| <input type="checkbox"/> schnell | <input type="checkbox"/> springen | <input type="checkbox"/> Tier | <input type="checkbox"/> warten | <input type="checkbox"/> Wolke |
| <input type="checkbox"/> Schokolade | <input type="checkbox"/> stehen | <input type="checkbox"/> Tisch | <input type="checkbox"/> waschen | <input type="checkbox"/> Zahn |
| <input type="checkbox"/> Schrank | <input type="checkbox"/> Stein | <input type="checkbox"/> Tomate | <input type="checkbox"/> Wasser | <input type="checkbox"/> Zeh |
| <input type="checkbox"/> Schuh | <input type="checkbox"/> Stift | <input type="checkbox"/> Treppe | <input type="checkbox"/> weg | <input type="checkbox"/> Zimmer |
| <input type="checkbox"/> schwer | <input type="checkbox"/> Straße | <input type="checkbox"/> voll | <input type="checkbox"/> weich | <input type="checkbox"/> Zunge |
| <input type="checkbox"/> schwimmen | <input type="checkbox"/> suchen | <input type="checkbox"/> vorlesen | <input type="checkbox"/> Wiese | <input type="checkbox"/> zusammen |
| <input type="checkbox"/> sehen | <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Da Katze.
<input type="checkbox"/> Da ist eine Katze. | 3. <input type="checkbox"/> Mama einkauft.
<input type="checkbox"/> Mama kauft ein. | 4. <input type="checkbox"/> Meine sein!
<input type="checkbox"/> Das ist meins! |
| 5. <input type="checkbox"/> Mama kochen.
<input type="checkbox"/> Mama kocht. | 6. <input type="checkbox"/> viele Auto
<input type="checkbox"/> viele Autos | 7. <input type="checkbox"/> viele Blume
<input type="checkbox"/> 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 _____