

## Elternfragebogen U7

Name Patient: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Liebe Eltern,

zur Vorbereitung auf die geplante Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes bitten wir Sie den folgenden Fragenbogen auszufüllen. Er dient zur besseren Beurteilung der Entwicklung Ihres Kindes. Während des Vorsorgetermins haben Sie Gelegenheit weitere, darüber hinausgehende Themen zu besprechen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

---

Sind seit der letzten Vorstellung in unserer Praxis bei Ihrem Kind schwerwiegende Erkrankungen, Krampfanfälle, schwere Infektionen, Operationen oder sonstige Auffälligkeiten?  Ja  Nein

Wenn ja, welche:

---

Besucht Ihr Kind eine Krippe / Kindergarten?  Ja  Nein

Wenn ja, seit wann: \_\_\_\_\_ Welchen: \_\_\_\_\_

Wie viele Stunden am Tag: \_\_\_\_\_

### Weitere Fragen

---

Mit welchem Alter konnte Ihr Kind frei laufen? \_\_\_\_\_ Monaten

---

Kann Ihr Kind Gegenstände beugend oder hockend, ohne Verlust des Gleichgewichts vom Boden aufheben?  Ja  Nein

---

Rennt es mit sicherem Gleichgewicht, kann es Hindernisse umgehen?  Ja  Nein

---

Wird der Malstift mit dem Faustgriff oder dem „Pinselgriff“ (mit den ersten 3 Fingern) gehalten?  Ja  Nein

---

Isst Ihr Kind selbständig mit dem Löffel (leichtes Kleckern erlaubt)?  Ja  Nein

---

Kann es eine Buchseite (aus Papier!) einzeln umblättern?  Ja  Nein

---

Reagiert Ihr Kind, wenn Sie es von hinten ansprechen?  Ja  Nein

---

Können Bauklötzchen (oder ähnliches) gestapelt werden (mindestens 3)?  Ja  Nein

---

Konzentriertes Einräumen / Ausräumen (Spielzeug, Gegenstände) von Behältern über ca. 10 Minuten, dabei genaues Betrachten, Betasten einzelner Objekte?  Ja  Nein

---

Ergreift es Ihre Hand oder Ihre Kleidung und versucht, Sie irgendwo hinzuziehen  Ja  Nein

---

Spielt Ihr Kind mit einem anderen Kind – mindestens 5 Minuten – gemeinsam ein Spiel: die Kinder sprechen miteinander und tauschen Gegenstände aus?  Ja  Nein

---

Lässt sich Ihr Kind bei täglichen Ärgernissen meist innerhalb von 3 – 5 Minuten beruhigen?  Ja  Nein

---

Kann es sich für 15 – 20 Minuten alleine beschäftigen, wissend, dass Sie sich in räumlicher Nähe (anderes Zimmer) befinden, jedoch nicht sichtbar sind?  Ja  Nein

---

Erkennt sich Ihr Kind selbst im Spiegel?  Ja  Nein

---

Lehnt Ihr Kind Hilfen gelegentlich vehement ab, obwohl es die beabsichtigte Tätigkeit noch nicht meistern kann, möchte es selbst ausprobieren?  Ja  Nein

---

Möchte es unbedingt ohne fremde Hilfe essen  Ja  Nein

---

Kennt Ihr Kind erreichbare Licht- oder Geräteschalter, deren prompte Funktionieren wiederholt und immer von Neuem ausprobiert werden?  Ja  Nein

---

Gibt es Anmerkungen der Erzieherinnen aus der Kita zu Ihrem Kind? Wenn ja, welche:  Ja  Nein

---

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? Wenn nein, was macht Ihnen Sorgen:  Ja  Nein

---

Ausgefüllt von:  Mutter  Vater

Datum:

Unterschrift:

# 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: \_\_\_\_\_

