



Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U7a

Name, Vorname: _____ Datum: _____

Besucht die Kindertageseinrichtung / Tagesmutter:

Ausgefüllt von: _____ Datum: _____

Mein 3jähriges Kind...		
JA <input type="checkbox"/>	...spielt mit einem anderen Kind - mind. 5min - gemeinsam ein Spiel; die Kinder sprechen miteinander und tauschen Gegenstände aus.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... hat zeitweilig (über mehrere Wochen) einen „besten Freund“ oder eine „beste Freundin“.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... kann Dinge (z.B. Süßigkeiten) zwischen sich und andern Kindern gerecht aufteilen.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... stellt sich von sich aus in einer Reihe an (z.B. in einer Schlange vor der Rutsche, an der Kasse).	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... kann sich beim Spielen mit anderen Kindern – ohne Eingriff von Erwachsenen- gut abwechseln.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... kann sich für mind. eine halbe Stunde alleine in einem Zimmer beschäftigen (ein Erwachsener kann in der Nähe sein, aber nicht im selben Raum!).	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... kann sich ohne Schwierigkeiten über einige Stunden von Ihnen trennen, wenn es in dieser Zeit von einer gut bekannten Person betreut wird.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... gebraucht Drei- bis Fünf-Wort-Äußerungen, z.B. „Wo ist meine Jacke?“, „Das nicht tun“.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... gießt Flüssigkeiten aus einer Flasche in ein Glas, ohne etwas zu verschütten.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... braucht beim Hände waschen keine Hilfe mehr.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... kann Reißverschlüsse an seiner Kleidung selber öffnen.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... zieht sich einen Pullover selber aus.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... zieht einen Pullover an, wenn er richtig gegeben wird: Der Pullover wird gerafft gereicht, die Kopfföffnung ist für das Kind sichtbar, Ärmel befinden sich an den Seiten.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... kann Knöpfe an seiner Kleidung selber öffnen, es bewältigt Druckknöpfe sowie normale Knöpfe, die ohne großen Aufwand an Fingerkraft geöffnet werden können.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	Findet Ihr Kind Zuhause auch in dunklen Räumen den Lichtschalter.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... holt sich nach Erlaubnis selber etwas zu essen oder zu trinken aus dem (Kühl-) Schrank.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... gelangt selber auf eine niedrige Schaukel.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... bewegt ein Dreirad zielgerichtet über eine längere Entfernung, es tritt und lenkt gleichzeitig.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... geht eine Treppe vorwärts rauf und runter, wechselfüßig (d.h. eine Fuß pro Stufe) ohne sich festhalten zu müssen.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... stellt häufig Fragen mit „Warum?“, „Wieso?“, „Wie denn?“ und hört dann auch aufmerksam zu.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... hört mind. 5Min. aufmerksam zu einer vertrauten Geschichte zu (nicht gemeint sind Lieder, Gedichte, Reime).	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... erzählt Geschichten und Begebenheiten durch das Verbinden der Sätze mit „und- und- und“ oder und dann- und dann- und dann“.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... erzählt kleine Erlebnisse in weitgehend richtiger zeitlicher und logischer Reihenfolge.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... verwendet mindestens zwei Pronomina richtig, z.B. „mein“, „mir“, „dein“, „du“.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... 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“.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... kann seine Emotionslage bei alltäglichen Ereignissen meist ausreichend selbst regulieren; es zeigt eine gewisse Toleranz gegenüber Kummer, Enttäuschung, Besorgnissen, Ängsten, Verlegenheit, Freude, Vorfriede, Stress, hat aber trotzdem gelegentlich noch Wutanfälle.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... sucht gelegentlich immer noch einen engen körperlichen Kontakt zu Ihnen; bei unverständlichen, beängstigenden Ereignissen sowie Müdigkeit, Erschöpfung und Krankheit.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... lädt andere Kinder zu sich ein/ lässt sich gern einladen; (wählt also selber gezielt bestimmte Kinder aus, mit denen es Kontakt haben möchte.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... ist tagsüber trocken.	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	... ist nachts trocken.	Nein <input type="checkbox"/>

JA	<input type="checkbox"/>	... spricht 5-Wort-Sätze, z.B. Papa fährt in die Stadt. Ich haben ein großen Ball.	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... verwendet seinen Vor- oder Rufnamen, wenn es von sich spricht.	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... schläft durch.	Nein	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... kann mindestens dreimal pro Woche schlecht einschlafen (liegt mindestens 1 Stunde wach).	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... hat Angstträume.	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... wacht mindestens einmal pro Nacht auf und liegt dann mindestens eine Stunde wach.	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... schläft nachts mit im Elternbett, obwohl wir dies nicht gern sehen.	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... schnarcht.	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... hat meistens nur wenig Appetit.	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... ist untergewichtig.	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... ist extrem wählerisch beim Essen.	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... kann sich schlecht von der Mutter trennen.	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Kommt es dabei zu langem Schreien oder Weinen (mindestens eine Viertelstunde)?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... hat vor vielen Dingen panische Angst.	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... ist überaus schreckhaft.	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht still sitzen.	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... ist mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten.	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen.	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... hat täglich eine Wutanfall.	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... ist zu Hause ständig ungehorsam.	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... zerstört häufig Gegenstände.	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... hat große Angst vor fremden Erwachsenen.	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Spricht Ihr Kind fast jede fremde Person an?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Geht Ihr Kind schon nach kurzer Zeit mit fremden Personen überall mit?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Wehrt Ihr Kind sich gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Reagiert Ihr Kind mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Ist Ihr Kind häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht)?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Ist Ihr Kind gegenüber Schmerz sehr unempfindlich?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Lutscht Ihr Kind am Daumen oder braucht den Schnuller?	JA	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind gut sieht (kein Schielen, kein Augenzittern, keine Sehinderung)?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind gut hört (es reagiert auf Flüsterton, stiehlt Fernseher und Musik nicht laut, hört auch leise Geräusche wie Vogelzwitschern)?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Bekommt Ihr Kind eine Fluorkariesprophylaxe (Zymafluor, Fluoretten, fluoriertes Salz oder fluoridierte Zahnpaste)? Wenn ja, welche:	Nein	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Sind Sie in irgendeiner Weise besorgt um die Entwicklung Ihres Kindes? Hatte es einen Krampfanfall; Probleme beim Wasserlassen, abnorme Stühle; gehäuft Infektionen, auffällige Verhaltensweisen? Wenn ja:	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Gibt es in Ihrer Familie (insbesondere Eltern, Geschwister, Großeltern) Augenerkrankungen z.B. Schielen, Brillenträger? Wenn ja:	JA	<input type="checkbox"/>

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 „draußen“ 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 |

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