

## **Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U7**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

	Kann Ihr 2jähriges Kind ...	
JA	<input type="checkbox"/> ... gehen und dabei einen Ball (oder einen anderen großen Gegenstand) mit beiden Händen tragen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... auf ein Sofa klettern und wieder runter?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... rückwärts(3 Schritte) gehen ohne umzufallen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... auf einen Stuhl klettern und wieder runter?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... Treppen steigen, wenn es sich mit einer Hand am Geländer festhält?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... Treppen hinuntersteigen, wenn es sich mit einer Hand am Geländer festhält?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... vorwärts hüpfen, ohne hinzufallen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... Striche hin und her zeichnen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... eine Schnur durch das Loch einer Holzperle stecken?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... den Schraubverschluss einer Flasche auf- und zuschrauben, mit Nachfassen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... die Kurbel einer Spieldose drehen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... eine Holzperle auf eine Schnur fädeln?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... einen kleinen Gegenstand (z.B. Rosinen) aus einer Dose kleinen Flasche schütteln?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... 3 Baubecher ineinander stecken?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... Kinderlieder mitsummen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... Wünsche durch Worte äußern (z.B. „da“ oder „ham-ham“)?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... Zweiwortsätze, wie z.B. „Papa Auto“ oder „Mama aua“ bilden in Kindersprache?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> Gebraucht Ihr Kind seinen Vornamen, wenn es von sich spricht?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> Hilft Ihr Kind beim Aufräumen der Spielsachen mit?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> Kommt Ihr Kind manchmal mit einem Bilderbuch um es sich zeigen zu lassen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> Führt Ihr Kind einfache Aufträge im Haushalt aus, z.B. Besteck auf den Tisch legen oder einen Becher in die Küche bringen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> Bleibt Ihr Kind kurze Zeit bei Bekannten (etwa 15 min) ohne zu weinen oder besonders beeindruckt zu sein, ohne dass Eltern oder Geschwister anwesend sind)?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> Wirft Ihr Kind unaufgefordert Müll in den Abfalleimer?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> Spielt Ihr Kind gern mit Gleichaltrigen fangen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> Versorgt Ihr Kind spontan Puppen oder Stofftiere?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> Versucht Ihr Kind zu trösten, wenn jemand traurig ist?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... manchmal Essen mit der Gabel aufspießen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... selbstständig aus einer Tasse trinken?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... sich die Hände selbst waschen (in dem es die Hände unter dem Wasserstrahl reibt)?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... den Löffel benutzen ohne viel zu verschütten und mit dem Löffel einen Teil des Tellers leer essen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... dosiert mit dem Teelöffel in der Tasse umrühren?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... sich die Hände (flüchtig) abtrocknen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... sich die geöffnete Jacke selbst ausziehen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... sich das Unterhemd (ärmellos) selbst ausziehen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... sich die Schuhe selbst anziehen (ohne die Verschlüsse zuzumachen)?	Nein <input type="checkbox"/>

JA	<input type="checkbox"/>	Ist Ihr Kind tagsüber trocken?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Schläft Ihr Kind durch?	Nein	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... mindestens dreimal pro Woche schlecht einschlafen (liegt mindestens 1 Stunde wach)?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Hat Ihr Kind Angstträume?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Wacht Ihr Kind mindestens einmal pro Nacht auf und liegt dann mindestens eine Stunde wach?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Schläft Ihr Kind nachts mit im Elternbett, obwohl sie dies nicht gern sehen?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Schnarcht Ihr Kind?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... meistens nur wenig Appetit?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... untergewichtig?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... extrem wählerisch beim Essen?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... 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 Ihr Kind vor vielen Dingen panische Angst?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... überaus schreckhaft?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... sehr unruhig, zappelig, kann nicht still sitzen?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Scheint Ihr Kind bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... täglich eine Wutanfall?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	... zu Hause ständig ungehorsam?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Zerstört Ihr Kind häufig Gegenstände?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	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"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Hört Ihr Kind (reagiert es auf leise Geräusche und guckt in Richtung der Geräuschquelle, findet die Geräuschquelle auch hinterm Kopf)?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Wurde bei Ihrem Kind das Hörscreening OAE nach der Geburt durchgeführt?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Bekommt Ihr Kind Fluorkariesprophylaxe (Zymafluor, Fluoretten, fluoriertes Salz oder fluoridierte Zahnpaste)? Wenn "Ja", welches:	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 oder hat es abnorme Stühle; Schwierigkeiten beim Essen oder Trinken; Verhaltensauffälligkeiten; gehäuft Infektionen, starkes Schwitzen? Wenn "Ja":	JA	<input type="checkbox"/>
Seit wann läuft Ihr Kind frei?		Seit dem	Lebensmonat	



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="radio"/> hallo  | <input type="radio"/> ja     | <input type="radio"/> nein      |
| <input type="radio"/> Auto   | <input type="radio"/> Opa    | <input type="radio"/> Ball      |
| <input type="radio"/> danke  | <input type="radio"/> mein   | <input type="radio"/> bitte     |
| <input type="radio"/> Boot   | <input type="radio"/> Buch   | <input type="radio"/> Zug       |
| <input type="radio"/> Apfel  | <input type="radio"/> Banane | <input type="radio"/> Gurke     |
| <input type="radio"/> Brot   | <input type="radio"/> Butter | <input type="radio"/> Milch     |
| <input type="radio"/> Kuchen | <input type="radio"/> Keks   | <input type="radio"/> Eier      |
| <input type="radio"/> Fisch  | <input type="radio"/> Maus   | <input type="radio"/> Baum      |
| <input type="radio"/> Katze  | <input type="radio"/> Pferd  | <input type="radio"/> Hase      |
| <input type="radio"/> Affe   | <input type="radio"/> Bär    | <input type="radio"/> Ente      |
| <input type="radio"/> Hose   | <input type="radio"/> Jacke  | <input type="radio"/> Schuhe    |
| <input type="radio"/> Auge   | <input type="radio"/> Bauch  | <input type="radio"/> Hand      |
| <input type="radio"/> Ohr    | <input type="radio"/> Mund   | <input type="radio"/> Nase      |
| <input type="radio"/> baden  | <input type="radio"/> essen  | <input type="radio"/> malen     |
| <input type="radio"/> Licht  | <input type="radio"/> kalt   | <input type="radio"/> nass      |
| <input type="radio"/> raus   | <input type="radio"/> runter | <input type="radio"/> weg       |
| <input type="radio"/> Bett   | <input type="radio"/> Stuhl  | <input type="radio"/> Schnuller |
| <input type="radio"/> Brille | <input type="radio"/> Haare  | <input type="radio"/> Schlüssel |
| <input type="radio"/> Tür    | <input type="radio"/> Uhr    | <input type="radio"/> Wasser    |

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

- nein       ja

Bemerkungen: \_\_\_\_\_