

Fragebogen zur U7

Name des Kindes: _____

Ausgefüllt am: _____ von Mutter Vater

Gab oder gibt es bei Ihrem Kind seit der letzten Untersuchung	ja	nein
Krankenhausaufenthalt, schwerwiegende Erkrankungen, Operationen, Krampfanfälle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auffälligkeiten beim Essverhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auffälligkeiten beim Stuhlgang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hinweise auf Hörstörungen (z. B. fehlende Reaktion auf Geräusche)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Motorische und kognitive Entwicklung

Gegenstände werden vom Boden aufgehoben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treppenstufen im Kindersritt hinuntergehen (mit Festhalten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sicheres Rennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auf Kinderstuhl klettern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eingewickelte Gegenstände (z. B. Bonbon) auspacken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Versteht und befolgt Anweisungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zeigt im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Räumt konzentriert Spielsachen aus oder ein (z. B. aus Schublade)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zieht an der Hand, um eine Bezugsperson an einen bestimmten Ort zu bewegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sucht selbst aktiven Austausch mit anderen Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann sich für etwa 15 Minuten alleine beschäftigen, auch wenn Bezugsperson nicht im gleichen Zimmer ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkennt sich selbst im Spiegel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lehnt gelegentlich Hilfe vehement ab, möchte selbst probieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Isst selbständig mit einem Löffel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Probiert erreichbare Licht- oder Geräteschalter immer wieder aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sprachbeurteilung durch Eltern

Kurztest für die U7 (SBE-2-KT)

Name des Kindes: _____

Geb.-Datum: _____

Ausgefüllt am: _____ von Mutter Vater beiden Eltern

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="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: _____