

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: _____

