

Elternfragebogen U7a (34. – 36. Lebensmonat)



Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Heutiges Datum: _____

Sind Sie mit der Entwicklung ihres Kindes zufrieden? Ja Nein

Ist Ihre Familienzusammensetzung verändert seit der letzten Vorsorge? Ja Nein

Alleinerziehend? Ja Nein

Geschwister? _____

Geht es Ihnen und Ihrer Familie gut? Ja Nein

Gibt es Schwierigkeiten/Auffälligkeiten aus Ihrer Sicht? Ja Nein

Falls Ja, welche? _____

Wie wird Ihr Kind tagsüber betreut?

Eltern Großeltern Kindereinrichtung Tagesmutter andere

Gibt es Besonderheiten im Kindergarten? Ja Nein

Stunden TV/Video/Tablet pro Tag < 1h 1- 3 h > 3 h

Stunden Sport/Bewegung pro Tag < 1 h 1-2 h > 2 h

Hörfähigkeit des Kindes	Nein	Ja
1. Hatte Ihr Kind seit der U7 mehr als drei Mittelohrentzündungen?		
2. Zeigt Ihr Kind Nase, Ohren und Füße, wenn Sie es leise dazu auffordern?		
3. Versteht Ihr Kind Begriffe wie Oma, Bruder, Tante ...?		
4. Versteht Ihr Kind richtig, was Sie ihm in Ohr flüstern?		
5. Erkennt ihr Kind Geräusche? (Tiere, Auto, Flugzeug, ...)?		
6. Müssen Sie das Radio lauter drehen, damit das Kind es hört?		
7. Kann Ihr Kind mind. 50 verschiedene Wörter sprechen?		
8. Geht es alltägliche Gegenstände suchen, wenn Sie es darum bitten?		
9. Haben Sie schon mal gedacht, Ihr Kind hört nicht gut?		

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 sonstige

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 Sätzen, 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 „daußen“ 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="checkbox"/> arbeiten | <input type="checkbox"/> Geburtstag | <input type="checkbox"/> klein | <input type="checkbox"/> Mädchen | <input type="checkbox"/> rennen |
| <input type="checkbox"/> brauchen | <input type="checkbox"/> gießen | <input type="checkbox"/> kochen | <input type="checkbox"/> mit | <input type="checkbox"/> sagen |
| <input type="checkbox"/> draußen | <input type="checkbox"/> Glas | <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> müde | <input type="checkbox"/> Sand |
| <input type="checkbox"/> Eimer | <input type="checkbox"/> Hals | <input type="checkbox"/> lachen | <input type="checkbox"/> Musik | <input type="checkbox"/> sauber |
| <input type="checkbox"/> finden | <input type="checkbox"/> Handtuch | <input type="checkbox"/> Lampe | <input type="checkbox"/> müssen | <input type="checkbox"/> scharf |
| <input type="checkbox"/> Finger | <input type="checkbox"/> heute | <input type="checkbox"/> leise | <input type="checkbox"/> nass | <input type="checkbox"/> schenken |
| <input type="checkbox"/> Fleisch | <input type="checkbox"/> hören | <input type="checkbox"/> Licht | <input type="checkbox"/> neu | <input type="checkbox"/> Schirm |
| <input type="checkbox"/> fliegen | <input type="checkbox"/> jetzt | <input type="checkbox"/> lieb | <input type="checkbox"/> Ohr | <input type="checkbox"/> schmecken |
| <input type="checkbox"/> Frühstück | <input type="checkbox"/> kaufen | <input type="checkbox"/> liegen | <input type="checkbox"/> Papier | <input type="checkbox"/> schmutzig |
| <input type="checkbox"/> schneiden | <input type="checkbox"/> Sonne | <input type="checkbox"/> Teppich | <input type="checkbox"/> warm | <input type="checkbox"/> wohnen |
| <input type="checkbox"/> schnell | <input type="checkbox"/> springen | <input type="checkbox"/> Tier | <input type="checkbox"/> warten | <input type="checkbox"/> Wolke |

- | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schokolade | <input type="checkbox"/> stehen | <input type="checkbox"/> Tisch | <input type="checkbox"/> waschen | <input type="checkbox"/> Zahn |
| <input type="checkbox"/> Schrank | <input type="checkbox"/> Stein | <input type="checkbox"/> Tomate | <input type="checkbox"/> Wasser | <input type="checkbox"/> Zeh |
| <input type="checkbox"/> Schuh | <input type="checkbox"/> Stift | <input type="checkbox"/> Treppe | <input type="checkbox"/> weg | <input type="checkbox"/> Zimmer |
| <input type="checkbox"/> schwer | <input type="checkbox"/> Straße | <input type="checkbox"/> voll | <input type="checkbox"/> weich | <input type="checkbox"/> Zunge |
| <input type="checkbox"/> schwimmen | <input type="checkbox"/> suchen | <input type="checkbox"/> vorlesen | <input type="checkbox"/> Wiese | <input type="checkbox"/> zusammen |
| <input type="checkbox"/> sehen | <input type="checkbox"/> Suppe | | | |

Wortschatz: _____

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.

- | | | |
|--|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Da Katze.
<input type="checkbox"/> Da ist eine Katze. | 3. <input type="checkbox"/> Mama einkauft.
<input type="checkbox"/> Mama kauft ein. | 4. <input type="checkbox"/> Meine sein!
<input type="checkbox"/> Das ist meins! |
| 5. <input type="checkbox"/> Mama kochen.
<input type="checkbox"/> Mama kocht. | 6. <input type="checkbox"/> viele Auto
<input type="checkbox"/> viele Autos | 7. <input type="checkbox"/> viele Blume
<input type="checkbox"/> 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

Grammatik: _____

Grammatik + (Wortschatz x 6) = _____

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Mannheimer Fragebogen MEF U7a	Stimmt	Stimmt nicht	das ist ein Problem für mich
1. Kann mindestens 3 x pro Woche schlecht einschlafen – liegt mindestens 1 Stunde wach			
2. Wacht mindestens 1 x pro Nacht auf und liegt dann mindestens 1 Stunde wach			
3. Schläft nachts mit im Elternbett, obwohl ich das nicht gerne sehe			
4. Hat meistens nur wenig Appetit			
5. Ist untergewichtig			
6. Ist extrem wählerisch beim Essen			
7. Kann sich schlecht von der Mutter trennen			
8. Dabei kommt es zu langem Schreien oder Weinen mindestens eine Viertelstunde			
9. Hat vor vielen Dingen panische Angst			
10. Ist überaus schreckhaft			
11. Ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht still sitzen			
12. Ist mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten			
13. Scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen			
14. Hat täglich einen Wutanfall			
15. Ist zu Hause ständig ungehorsam			
16. Zerstört häufig Gegenstände			
17. Hat große Angst vor fremden Erwachsenen			
18. Spricht fast jede fremde Person an			
19. Geht schon nach kurzer Zeit mit fremder Person überall mit			
20. Wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen			
21. Reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird			
22. Ist häufig ohne Kontakt zu seiner Umgebung – blickt ins Leere, reagiert nicht			
23. Ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich			

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Fähigkeiten Ihres Kindes	Nein	Ja
1. Mein Kind hüpf sicher mit beiden Beinen von der untersten Treppenstufe		
2. Mein Kind kann beim Rennen Hindernisse umgehen und plötzlich anhalten		
3. Mein Kind kann im Wechselschritt Treppen steigen		
4. Beim Greifen von kleinen Gegenständen benutzt mein Kind die Fingerspitzen der ersten Finger		
5. Mein Kind benutzt einen Löffel mit wenig kleckern		
6. Mein Kind kann eingewickelte Bonbons oder andere Gegenstände auspacken		
7. Mein Kind blättert Buch-, Heft- oder Katalogseiten einzeln um		
8. Mein Kind kritzelt mit dem Stift (wird in der Faust gehalten)		
9. Mein Kind verwendet den eigenen Vornamen richtig		
10. Mein Kind möchte im Haushalt mithelfen		
11. Und ahmt die Tätigkeit Erwachsener im Rollenspiel mit anderen Kinder nach		
12. Mein Kind spielt „Als-ob-Spiele“ (z.B. Stock wird zum Schwer, Puppen werden gefüttert)		
13. Mein Kind spielt über 5-10 Minuten mit anderen Kindern, spricht dabei, gibt und nimmt Gegenstände		
14. Trägt Ihr Kind tagsüber eine Windel?		
15. Trägt ihr Kind nachts eine Windel?		

Bemerkungen:

.....

.....