

Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U7

Name, Vorname: _____ Datum: _____

	Kann Ihr 2jähriges Kind ...	
JA	... gehen und dabei einen Ball (oder einen anderen großen Gegenstand) mit beiden Händen tragen?	Nein
JA	... auf ein Sofa klettern und wieder runter?	Nein
JA	... rückwärts (3 Schritte) gehen ohne umzufallen?	Nein
JA	... auf einen Stuhl klettern und wieder runter?	Nein
JA	... Treppen steigen, wenn es sich mit einer Hand am Geländer festhält?	Nein
JA	... Treppen hinuntersteigen, wenn es sich mit einer Hand am Geländer festhält?	Nein
JA	... vorwärts hüpfen, ohne hinzufallen?	Nein
JA	... Striche hin und her zeichnen?	Nein
JA	... eine Schnur durch das Loch einer Holzperle stecken?	Nein
JA	... den Schraubverschluss einer Flasche auf- und zuschrauben, mit Nachfassen?	Nein
JA	... die Kurbel einer Spieldose drehen?	Nein
JA	... eine Holzperle auf eine Schnur fädeln?	Nein
JA	... einen kleinen Gegenstand (z.B. Rosinen) aus einer Dose kleinen Flasche schütteln?	Nein
JA	... 3 Baubecher ineinander stecken?	Nein
JA	... Kinderlieder mitsummen?	Nein
JA	... Wünsche durch Worte äußern (z.B. „da“ oder „ham-ham“)?	Nein
JA	... Zweiwortsätze, wie z.B. „Papa Auto“ oder „Mama aua“ bilden in Kindersprache?	Nein
JA	Gebraucht Ihr Kind seinen Vornamen, wenn es von sich spricht?	Nein
JA	Hilft Ihr Kind beim Aufräumen der Spielsachen mit?	Nein
JA	Kommt Ihr Kind manchmal mit einem Bilderbuch um es sich zeigen zu lassen?	Nein
JA	Führt Ihr Kind einfache Aufträge im Haushalt aus, z.B. Besteck auf den Tisch legen oder einen Becher in die Küche bringen?	Nein
JA	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
JA	Wirft Ihr Kind unaufgefordert Müll in den Abfalleimer?	Nein
JA	Spielt Ihr Kind gern mit Gleichaltrigen fangen?	Nein
JA	Versorgt Ihr Kind spontan Puppen oder Stofftiere?	Nein
JA	Versucht Ihr Kind zu trösten, wenn jemand traurig ist?	Nein
JA	... manchmal Essen mit der Gabel aufspießen?	Nein

JA	... selbstständig aus einer Tasse trinken?	Nein
JA	... sich die Hände selbst waschen (in dem es die Hände unter dem Wasserstrahl ...)	Nein
JA	... den Löffel benutzen ohne viel zu verschütten und mit dem Löffel einen Teil des Tellers leer essen?	Nein
JA	... dosiert mit dem Teelöffel in der Tasse umrühren?	Nein
JA	... sich die Hände (flüchtig) abtrocknen?	Nein
JA	... sich die geöffnete Jacke selbst ausziehen?	Nein
JA	... sich das Unterhemd (ärmellos) selbst ausziehen?	Nein
JA	... sich die Schuhe selbst anziehen (ohne die Verschlüsse zuzumachen)?	Nein
JA	Ist Ihr Kind tagsüber trocken?	Nein
JA	Schläft Ihr Kind durch?	Nein
Nein	... mindestens dreimal pro Woche schlecht einschlafen (liegt mindestens 1 Stunde ...)	JA
Nein	Hat Ihr Kind Angstträume?	JA
Nein	Wacht Ihr Kind mindestens einmal pro Nacht auf und liegt dann mindestens eine Stunde wach?	JA
Nein	Schläft Ihr Kind nachts mit im Elternbett, obwohl sie dies nicht gern sehen?	JA
Nein	Schnarcht Ihr Kind?	JA
Nein	... meistens nur wenig Appetit?	JA
Nein	... untergewichtig?	JA
Nein	... extrem wählerisch beim Essen?	JA
Nein	... sich schlecht von der Mutter trennen?	JA
Nein	... kommt es dabei zu langem Schreien oder Weinen (mindestens eine Viertelstunde)	JA
Nein	Hat Ihr Kind vor vielen Dingen panische Angst?	JA
Nein	... überaus schreckhaft?	JA
Nein	... sehr unruhig, zappelig, kann nicht still sitzen?	JA
Nein	... mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten?	JA
Nein	Scheint Ihr Kind bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen?	JA
Nein	... täglich einen Wutanfall?	JA
Nein	... zu Hause ständig ungehorsam?	JA
Nein	Zerstört Ihr Kind häufig Gegenstände?	JA
Nein	Große Angst vor fremden Erwachsenen?	JA
Nein	Spricht Ihr Kind fast jede fremde Person an?	JA
Nein	Geht Ihr Kind schon nach kurzer Zeit mit fremden Personen überall mit?	JA
Nein	Wehrt Ihr Kind sich gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen?	JA
Nein	Reagiert Ihr Kind mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird?	JA

Nein	Ist Ihr Kind häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht)?	JA
Nein	Ist Ihr Kind gegenüber Schmerz sehr unempfindlich?	JA
JA	Hört Ihr Kind (reagiert es auf leise Geräusche und guckt in Richtung der Geräuschquelle, findet die Geräuschquelle auch hinterm Kopf)?	Nein
JA	Wurde bei Ihrem Kind das Hörscreening OAE nach der Geburt durchgeführt?	Nein
JA	Bekommt Ihr Kind Fluorkariesprophylaxe (Zytrafluor, Fluorelten, fluoriertes Salz oder fluoridierte Zahnpaste)? Wenn "Ja", welches:	Nein
Nein	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
Seit wann läuft Ihr Kind frei? Seit dem Lebensmonat		

Hörscreeningfragen

JA	Befolgt Ihr Kind eine flüsternd oder leise gesprochene Aufforderung, einen Körperteil (zb. Nase, Augen, Fuß usw.) zu zeigen?	Nein
JA	Reagiert Ihr Kind richtig auf die geflüsterte Aufforderung in das Ohr, ein Wort nachzusprechen, ein Spielzeug zu geben, zur Tür zu gehen usw.?	Nein
JA	Erkennt Ihr Kind bekannte Geräusche (z.B. Auto der Eltern, Flugzeug, Tierlaute usw.)?	Nein
JA	Kann sich Ihr Kind schon in seiner Sprache mit anderen Kindern „unterhalten“?	Nein
JA	Hört Ihr Kind eine Mücke summen?	Nein
Nein	Schnarcht Ihr Kind?	JA
Nein	Atmet Ihr Kind meistens mit offenem Mund / atmet im Schlaf mit offenem Mund?	JA
Nein	Hatte Ihr Kind bereits Mittelohrentzündungen?	JA



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="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: _____