

## Fragebogen U7 (21.-24. Lebensmonat)



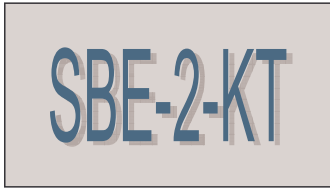
Dr.med. Norbert Knieß  
Kinder- und Jugendarzt  
Akupunktur

Nürnberger Str. 34  
85055 Ingolstadt  
Tel.: 0841-8819 5500  
www.kinderarzt-knieß-ingolstadt.de

Liebe Eltern,  
bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen aus, damit wir wichtige Themen  
gemeinsam besprechen können.

Familienname d. Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
geboren am: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weiblich  männlich

|   | Ja:                      | Nein:                    |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Ihr Kind kann längere Zeit frei und sicher gehen?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es steigt drei Stufen im Kinderschlitt mit Festhalten<br>hinunter?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ihr Kind stapelt 3 Würfel aufeinander und malt eine<br>Spirale aufs Papier?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ihr Kind kann allein mit dem Löffel essen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es spricht mindestens 10 Wörter ohne Mama/Papa?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ihr Kind benutzt Zweiwortsätze (z.B. Papa gehen)?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zeigt oder blickt auf drei benannte Körperteile?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Drückt durch Gestik o. Sprache (Kopfschütteln o.<br>Neinsagen) seine Ablehnung aus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ihr Kind versteht u. befolgt einfache Aufforderungen?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat Interesse an anderen Kindern?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spielt alleine, wenn die Eltern in der Nähe sind?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gibt es besondere Belastungen in der Familie?<br>Wenn Ja: _____                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## 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: \_\_\_\_\_