

SBE-3-KT

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 beiden Eltern sonstig

falls sonstige Person – wer?: _____

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 Sätze, 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="radio"/> arbeiten | <input type="radio"/> Geburtstag | <input type="radio"/> klein | <input type="radio"/> Mädchen | <input type="radio"/> rennen |
| <input type="radio"/> brauchen | <input type="radio"/> gießen | <input type="radio"/> kochen | <input type="radio"/> mit | <input type="radio"/> sagen |
| <input type="radio"/> draußen | <input type="radio"/> Glas | <input type="radio"/> Kopf | <input type="radio"/> müde | <input type="radio"/> Sand |
| <input type="radio"/> Eimer | <input type="radio"/> Hals | <input type="radio"/> lachen | <input type="radio"/> Musik | <input type="radio"/> sauber |
| <input type="radio"/> finden | <input type="radio"/> Handtuch | <input type="radio"/> Lampe | <input type="radio"/> müssen | <input type="radio"/> scharf |
| <input type="radio"/> Finger | <input type="radio"/> heute | <input type="radio"/> leise | <input type="radio"/> nass | <input type="radio"/> schenken |
| <input type="radio"/> Fleisch | <input type="radio"/> hören | <input type="radio"/> Licht | <input type="radio"/> neu | <input type="radio"/> Schirm |
| <input type="radio"/> fliegen | <input type="radio"/> jetzt | <input type="radio"/> lieb | <input type="radio"/> Ohr | <input type="radio"/> schmecken |
| <input type="radio"/> Frühstück | <input type="radio"/> kaufen | <input type="radio"/> liegen | <input type="radio"/> Papier | <input type="radio"/> 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: _____

1. 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.

- | | | |
|--|--|--|
| 2. <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? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 12. Was? – z. B. Was hast Du da? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 13. Wo? – z. B. Wo ist mein Ball? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 14. Wohin? – z. B. Wohin geht Papa? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 15. Erzählt Ihr Kind kurze Geschichten / Märchen
(anhand von Bildern) nach? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Bemerkungen:

Grammatik: _____

WS + (Gram. x 6) = Gesamtwert _____

U7a Paed.Check® 3.0 (U7a)

Unsere vielen Fragen kennen Sie ja jetzt schon – und wie immer entscheiden Sie selbst, ob Sie antworten wollen.

NAME: Geburtsdatum:

Gab es seit der U7 bei Ihrem Kind:

	Nein	Ja
Ernste Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere oder häufige Infekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit dem Essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit dem Stuhlgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekommt es Fluoridtabletten oder fluoridhaltiges Mineralwasser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzt Ihr Kind schon Zahnpasta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hört Ihr Kind gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarcht Ihr Kind häufig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie zufrieden mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Ihr Kind von anderen gut verstanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stottert Ihr Kind manchmal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Ihr Kind noch ganztags von Ihnen betreut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein: Wo wird es betreut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es besondere Belastungen in Ihrer Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklung:		
Kann Ihr Kind zwei Treppenstufen im Erwachsenenschritt hinaufgehen, wenn es sich mit einer Hand festhält?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbindet es drei oder mehr Wörter zu einem Satz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielt es Situationen nach (Rollenspiele, „Als-ob-Spiele“)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann es sich über einige Stunden von Ihnen trennen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielt es mit Gleichaltrigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausgefüllt von Mutter Vater oder am (Datum)

Bei dieser Untersuchung haben wir noch mal den gleichen Fragebogen wie bei der letzten. Aber wieder entscheiden Sie, was Sie beantworten.

Name: Geburtsdatum:

Mein Kind ...

	Stimmt nicht	Stimmt
1. kann mindestens dreimal pro Woche schlecht einschlafen (liegt mindestens eine Stunde wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. wacht mindestens einmal pro Nacht auf und liegt dann mindestens eine Stunde wach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. schläft nachts mit im Elternbett, obwohl wir das nicht gern sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. hat meistens nur wenig Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ist untergewichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ist extrem wählerisch beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. kann sich schlecht von der Mutter trennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. weint oder schreit bei Trennung von der Mutter lange (mindestens 15 Min.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. hat vor vielen Dingen panische Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ist überaus schreckhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ist mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. hat täglich einen Wutanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ist zu Hause ständig ungehorsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. zerstört häufig Gegenstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. hat große Angst vor fremden Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. spricht fast jede fremde Person an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. geht schon nach kurzer Zeit mit fremder Person überallhin mit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausgefüllt von Mutter Vater oder am (Datum)