



SBE-2-KT

Sprachbeurteilung durch Eltern Kurztest für die U7 (SBE-2-KT)

W. v. Suchodoletz & S. Sachse

Name des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

Junge ☐

Mädchen ☐

Geburtsdatum: _____

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 ist nur nach spricht oder nur versteht.

Kreuzen Sie bitte auch Wörter an, die ihr Kind etwas anders ausspricht (z.Bsp.: "Nane" statt "Banane" oder "Tuchen" statt "Kuchen"). Falls ihr Kind ein ähnliches Wort benutzt (z.Bsp.: "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="radio"/> Brot | <input type="radio"/> Butter | <input type="radio"/> Milch |
| <input type="radio"/> Kuchen | <input type="radio"/> Keks | <input type="radio"/> Eier |
| <input type="radio"/> Fisch | <input type="radio"/> Maus | <input type="radio"/> Baum |
| <input type="radio"/> Katze | <input type="radio"/> Pferd | <input type="radio"/> Hase |
| <input type="radio"/> Affe | <input type="radio"/> Bär | <input type="radio"/> Ente |
| <input type="radio"/> Hose | <input type="radio"/> Jacke | <input type="radio"/> Schuhe |
| <input type="radio"/> Auge | <input type="radio"/> Bauch | <input type="radio"/> Hand |
| <input type="radio"/> Ohr | <input type="radio"/> Mund | <input type="radio"/> Nase |
| <input type="radio"/> Baden | <input type="radio"/> Essen | <input type="radio"/> Malen |
| <input type="radio"/> Licht | <input type="radio"/> Kalt | <input type="radio"/> Nass |
| <input type="radio"/> Raus | <input type="radio"/> Runter | <input type="radio"/> Weg |
| <input type="radio"/> Bett | <input type="radio"/> Stuhl | <input type="radio"/> Schnuller |
| <input type="radio"/> Brille | <input type="radio"/> Haare | <input type="radio"/> Schlüssel |
| <input type="radio"/> Tür | <input type="radio"/> Uhr | <input type="radio"/> Wasser |

Benutzt Benutzt ihr Kind schon Wort Verbindungen von zwei oder mehr Wörtern, wie z. Bsp.: Mama Buch, Baby spielen, das da rein?

- ☐ Nein ☐ Ja

Bemerkungen: _____





Unsere vielen Fragen kennen Sie ja schon - und wie immer entscheiden Sie selbst, ob Sie unsere Fragen beantworten wollen oder nicht.

Ab dieser Untersuchung fragen wir mit einem anderen Fragebogen als bisher. Aber wie immer entscheiden Sie, was sie beantworten.

Name: _____ Geb.: _____

Mein Kind ...

| Gab es bei der U6 bei Ihrem Kind: | Nein | Ja |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ernste Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Häufige Infekte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gibt es Probleme mit dem Essen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Probleme mit dem Stuhlgang? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Benutzen Sie für ihr Kind schon Zahnpasta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trinkt ihr Kind fluoridhaltiges Mineralwasser? | <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"/> |
| Wird ihr Kind noch ganztags von Ihnen betreut? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn nein: wo wird es betreut? | | |
| Gibt es besondere Belastungen in Ihrer Familie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja: Welche? | | |
| Entwicklung: | | |
| Kann ihr Kind über längere Zeit frei und sicher gehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kann es drei Treppenstufen im Kinderschritt hinunter gehen, wenn es sich mit einer Hand festhält | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kann es zehn Wörter sprechen außer Mama und Papa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kann es eine Viertelstunde allein bleiben, wenn sie in der Nähe sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kann es mit dem Löffel selber essen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Interessiert es sich für andere Kinder? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | stimmt nicht | stimmt |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Kann mindestens dreimal pro Woche schlecht einschlafen (liegt mindestens 1 Stunde wach) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wacht mindestens einmal pro Nacht auf und liegt dann mindestens 1 Stunde wach | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schläft nachts mit dem Elternbett, obwohl wir das nicht gern sehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat meistens nur wenig Appetit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist untergewichtig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist extrem wählerisch beim Essen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kann sich schlecht von der Mutter trennen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Weint oder schreit bei Trennung von der Mutter Lange (mindestens 15 Min.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat vor vielen Dingen panische Angst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist überaus schreckhaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat täglich einen Wutanfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist zu Hause ständig Ungehorsam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zerstört häufig Gegenstände | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat große Angst vor fremden Erwachsenen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spricht fast jede fremde Person an | | |
| Geht schon nach kurzer Zeit mit fremder Person überallhin mit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reagiert panische Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |