

Kinder- & Jugendärztin
Ulrike Sonntag
 Potsdamer Chaussee 80
 14129 Berlin

Tel.: 030 / 80 49 05 70
 Fax.: 030 / 80 49 05 72

hallo@kinderarztin-sonntag.de

Mannheimer-Fragebogen zur U7a

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

*Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte,
 in Vorbereitung auf die Vorsorgeuntersuchung U7a bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten.
 Bei Unklarheiten lassen Sie die Fragen einfach offen, wir können diese dann bei der Untersuchung besprechen.*

Ihr Kind...	Stimmt	Stimmt nicht
Kann mindestens 3x pro Woche schlecht einschlafen / liegt mindestens 1h wach		
Wacht mindestens 1x pro Nacht auf & liegt dann mindestens 1h wach		
Schläft nachts mit im Elternbett, obwohl ich das nicht gerne sehe		
Hat meistens nur wenig Appetit		
Ist untergewichtig		
Ist extrem wählerisch beim Essen		
Kann sich schlecht von der Mutter trennen		
Dabei kommt es zu langem Schreien oder Weinen –mindestens eine Viertelstunde		
Hat vor vielen Dingen panische Angst		
Ist überaus schreckhaft		
Ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht still sitzen		
Ist mitunter beim spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten		
Scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen		
Hat täglich einen Wutanfall		
Ist zu Hause ständig ungehorsam		
Zerstört häufig Gegenstände		
Hat große Angst vor fremden Erwachsenen		
Spricht fast jede fremde Person an		
Geht schon nach kurzer Zeit mit fremder Person überall mit		
Wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen		
Reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird		
Ist häufig ohne Kontakt zu seiner Umgebung – blickt ins Leere, reagiert nicht		
Ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich		

BITTE WENDEN →

Allgemeine Anamnese	ja	nein
Adipositas in der Familie		
Diabetes in der Familie		
Hypercholesterinämie in der Familie		
Schilddrüsenerkrankung in der Familie		
Betreuung im Kindergarten		
Betreuung bei Tagesmutter		
Alleinerziehung		
Geschwisterzahl:		
Bildschirmzeit (Fernseher, Tablet, Handy, etc.) pro Tag: gar nicht O / weniger als 30 min O / 1-2 Stunden O / > 2 St. O		

Bemerkungen/Probleme:

.....

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank!

Datum:

Kinder- & Jugendärztin
Ulrike Sonntag
Potsdamer Chaussee 80
14129 Berlin

Tel.: 030 / 80 49 05 70
Fax.: 030 / 80 49 05 72

hallo@kinderaerztin-sonntag.de

Sprachbeurteilung U7a durch Eltern

(SBE-3-KT)

W. v. Suchodoletz, S. Kademann & S. Tippelt

Datum, an dem der Fragebogen ausgefüllt wurde:

Alter (in Monaten am Tag des Ausfüllens):

Bogen ausgefüllt von: Mutter / Vater / beiden Eltern / sonstige
falls sonstige Person – wer? :

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf? Nein / ja
falls ja, welche Sprachen?

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 „Glas“), 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 |

BITTE WENDEN →

- | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <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 | | | |

Benutzt Ihr Kind schon Wortverbindungen/ Sätze von zwei oder mehr Wörtern? ja nein
z.B. Mama Buch, Baby spielen, Kommt das da rein?

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.

- | | | | |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Da Katze. | <input type="checkbox"/> Mama einkauft. | <input type="checkbox"/> Meine sein! | <input type="checkbox"/> Papa kochen. |
| <input type="checkbox"/> Da ist eine Katze. | <input type="checkbox"/> Mama kauft ein. | <input type="checkbox"/> Das ist meins! | <input type="checkbox"/> Papa kocht. |
| <input type="checkbox"/> viele Auto | <input type="checkbox"/> viele Blume | | |
| <input type="checkbox"/> viele Autos | <input type="checkbox"/> viele Blumen | | |

Benutzt Ihr Kind die Satzverknüpfung **und**? ja nein
z. B. Ich hole das Buch **und** dann liest du vor.

Verwendet Ihr Kind die Wörter **mein / meine** richtig? ja nein
z. B. **mein** Zimmer, **meine** Puppe, **meine** Spielsachen

Wenn Ihr Kind keinen Apfel möchte, sagt es dann eher
 Nicht Apfel essen! oder Ich will keinen Apfel essen!

Benutzt Ihr Kind das Fragewort:

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

Bemerkungen/Probleme:

.....
.....

Vielen Dank!

Datum: