

**U7**

Name des Kindes:

Geburtstag:

Datum:

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Mit welchem Alter konnte Ihr Kind frei laufen?               |                          |                          |
| 2. Ihr Kind kann Treppen hinauf/hinunter gehen.                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Es befolgt einfache Aufforderungen.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Es zeigt auf Aufforderung auf Körperteile.                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Es isst selbst mit dem Löffel.                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Es zieht Kleidungsstücke aus.                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Es ahmt Haushaltstätigkeiten nach.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Schaut Ihr Kind gern Bilderbücher an?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Holt es Gegenstände nach Aufforderung?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Reagiert Ihr Kind, wenn Sie es leise von hinten ansprechen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Kann sich Ihr Kind allein beschäftigen?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Bleibt es kurze Zeit bei Bekannten?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Besucht Ihr Kind eine Krippe oder Kindergarten?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Wenn ja, seit wann?   |                          |                          |
| - Wieviele Stunden am Tag?                                      |                          |                          |
| - Gibt es zu Ihrem Kind Anmerkungen von Erzieher*innen?         |                          |                          |

Machen Sie sich bezüglich der Entwicklung Ihres Kindes über etwas Sorgen?

# 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

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: \_\_\_\_\_



### **Allgemeine Informationen zum Impfen**

Impfungen sind eine der wichtigsten Maßnahmen zum Schutz vor folgenschweren und ansteckenden Infektionskrankheiten. Dabei werden neben der geimpften Person selbst auch Mitmenschen geschützt, die aus verschiedenen Gründen (noch) nicht geimpft werden können oder durch schwere Erkrankungen zusätzlich anfällig sind.

Die heutigen modernen Impfstoffe sind dabei gut verträglich. Es zeigen sich meist nur leichte, kurz andauernde Nebenwirkungen in Form von Fieber, leichten Schmerzen oder Rötungen an den Impfstellen, sowie seltener Kopf- und Gliederschmerzen, Mattigkeit, Unwohlsein, Übelkeit oder Schwellung von Lymphknoten. Darüberhinausgehende, länger andauernde Beschwerden oder gravierende Komplikationen sind sehr selten.

Über die jeweils bei Ihrem Kind anstehenden, öffentlich und von uns empfohlenen Impfungen informieren wir Sie gerne und ausführlich bei den regelmäßigen Vorsorgeterminen. Selbstverständlich stehen wir Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

### **Impfungen in Sachsen**

Sachsen ist das einzige Bundesland mit einer eigenen Impfkommision (SIKO = Sächsische Impfkommision). Die Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision dienen dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) als Entscheidungsgrundlage für die öffentliche Empfehlung von Schutzimpfungen und anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe zum Schutze der Gesundheit nach § 20 Abs. 3 des Infektionsschutzgesetzes.

Die in Sachsen geltenden Impfempfehlungen unterscheiden sich von den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts mit der Ständigen Impfkommision (STIKO), die Impfempfehlungen für ganz Deutschland ausgeben. Dies betrifft häufig den Zeitpunkt der Impfungen (z.B. zweite Masern-Impfung), das generelle Impfschema oder auch generell den Erreger, gegen den geimpft wird (z.B. Grippe-Impfung, Meningokokken A, B, C, W, Y-Impfung).

In unserer Praxis führen wir alle Impfungen nur nach ausführlicher Aufklärung und im Einverständnis der Sorgeberechtigten durch. Gemeinsam mit Ihnen als sorgeberechtigte Personen entscheiden wir, nach welchem Impfplan wir vorgehen.

### **Voraussetzungen zum Impfen**

1. Ihr Kind sollte 14 Tage fieberfrei und nicht akut schwer krank sein.
2. Bitte bringen Sie zum Impftermin immer den Impfausweis mit.
3. Jugendliche ab 16 Jahren dürfen selbständig zum Impfen erscheinen.

### **Impftermine**

Bitte vereinbaren Sie einen Impftermin in unserer Sprechstunde.

### **Nützliche Links**

[SIKO Impfkalendar](#)

[STIKO Impfkalendar](#)

<https://www.impfen-info.de/>

[https://www.rki.de/DE/Home/homepage\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Home/homepage_node.html)

<https://www.kinderaerzte-im-netz.de/startseite>

## **Informationen zur Fluoridprophylaxe und Zahngesundheit**

**Die wesentlichen Maßnahmen zur Kariesprophylaxe sind eine ausgewogene Ernährung, die richtige Zahnpflege sowie die Anwendung von Fluoriden.**

Der Nutzen der unterschiedlichen Fluoridmaßnahmen gilt heute als gesichert. Durch die Gabe von Fluorid wird der Mineralauflösung (Demineralisierung) der schützenden Zahnhartsubstanzen an der Zahnoberfläche entgegengewirkt.

In welcher Form die Fluoridmaßnahme erfolgen soll, ist leider auch heute noch umstritten. Unumstritten ist jedoch, dass eine altersentsprechende Fluoridversorgung erfolgen sollte. Deshalb erhalten Sie für Ihr Kind bei den regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen auch die Vitamin-D- und Fluoridtabletten (oder nur Vitamin-D) rezeptiert.

### ***Im ersten Lebensjahr ...***

... empfehlen wir die Einnahme einer Vitamin-D-Fluoridtablette pro Tag.

Diese Tabletten können vor einer Milchmahlzeit entweder als Ganzes oder halbiert in die Wangentaschen gelegt oder zwischen zwei Teelöffeln zerdrückt und mit wenigen Spritzern (Mutter-) Milch aufgelöst verabreicht werden.

Alternativ kann auch die alleinige Vitamin-D-Einnahme erfolgen. Dann sollte jedoch bereits ab dem ersten Zahn mit einer kleinen Menge ("dünner Film") einer fluoridhaltigen Kinderzahnpaste (Fluoridgehalt 500 ppm) einmal täglich geputzt werden.

Vermeiden Sie bitte unbedingt das Dauernuckeln Ihres Kindes an Tee (auch ungesüßt) und Obstsaften. Da unser Speichel kariesfördernde Bakterien enthält, sollten Schnuller regelmäßig gereinigt und keinesfalls von den Eltern "saubergelutscht" werden.

### ***Ab dem zweiten Lebensjahr ...***

... sollten Sie die Zähne Ihres Kindes zweimal täglich mit einer "erbsgroßen" Menge einer Kinderzahnpaste (Fluoridgehalt bis 2 Lebensjahren 500 ppm, 2-6 Lebensjahre 1.000 ppm, ab dem ersten bleibenden Zahn >1.400 ppm) putzen. Zusätzlich nimmt Ihr Kind jetzt auch Fluorid über fluoridiertes Speisesalz (zunächst noch kleine Mengen) und (Mineral-) Wasser auf.

Eine darüber hinausgehende, zusätzliche Fluoridgabe ist nicht erforderlich und sinnvoll, denn mit einer zu hohen Konzentration an Fluorid steigt auch das Risiko sogenannter Fluorosen - das sind weiße Verfärbungen in Form von Flecken oder Streifen auf der Zahnschmelzoberfläche.

Mehr und mehr sollte zusammen geübt werden, die Zahnpaste nicht herunterzuschlucken, sondern auszuspucken.

Zusätzlich sollten Sie Ihr Kind an das Trinken aus Trinklerntassen gewöhnen. Nuckelflaschen und Schnuller sollten - wenn möglich - nicht mehr genutzt werden. Schließlich ist Ihr Kind jetzt kein "Säugling" mehr.

***Mit dem zunehmenden Alter ...***

... wird Ihr Kind immer selbstständiger die Zähne putzen (wollen). Dies sollte weiterhin zweimal täglich gründlich mit der eigenen Zahnbürste erfolgen. Bis zum Erreichen des Schulalters ist es notwendig, die Zähne bei Ihrem Kind noch einmal nachputzen.

Nach dem Durchbruch der ersten bleibenden Zähne wechselt Ihr Kind zu einer Erwachsenen-Zahnpasta (Fluoridgehalt >1.400 ppm). Ein Nachputzen der Zähne durch Sie als Eltern wird bis mindestens 8 Lebensjahren empfohlen.

**Zusätzlich zu diesen Maßnahmen empfehlen wir den regelmäßigen Besuch bei Ihrem Zahnarzt. Auch hier gibt es zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung ähnlich den Ihnen bekannten Vorsorgeuntersuchungen in unserer Praxis. Die erste Vorstellung kann bereits ab dem Durchbruch des ersten Milchzahnes (ab ca. 6 Lebensmonaten) erfolgen. Dabei geht es auch darum, Ihr Kind an die vorsorglichen zahnärztlichen Untersuchungen zu gewöhnen und weitere wichtige Tipps zur optimalen Zahngesundheit zu erhalten.**

### Einverständniserklärung zur Teilnahme am Recall – System

<b>Angaben zum Kind</b>
Name, Vorname(n): _____
Geboren am: _____
Anschrift Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Ort: _____

  

<b>Angaben zu den Eltern</b>
Mutter: Name, Vorname(n): _____
Geboren am: _____
Anschrift (falls abweichend von oben): Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Ort: _____
E-Mail-Adresse: _____
Handy-Nummer: _____
Vater: Name, Vorname(n): _____
Geboren am: _____
Anschrift (falls abweichend von oben): Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Ort: _____
E-Mail-Adresse: _____
Handy-Nummer: _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis für Kinder- und Jugendmedizin Dr. med. Linda Petersen und Michael Pommerenke mich schriftlich, telefonisch, per Email oder per SMS an sinnvolle und notwendige Termine erinnert.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Die Praxis für Kinder- und Jugendmedizin Dr. med. Linda Petersen und Michael Pommerenke setzt Sie hiermit davon in Kenntnis, dass durch den Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Mutter

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Vater