

U7a

Name des Kindes:

Geburtstag:

Datum:

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ihr Kind fährt Dreirad (oder andere Gefährte mit drei Rädern) über mind. zwei Meter. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Es geht Treppen im Wechselschritt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Es sagt Vor- und Nachnamen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Es verwendet die Mehrzahl? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Es sagt "Bitte", wenn es etwas möchte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Es sagt, dass es zur Toilette muss? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Es hält Löffel, Messer, Gabel richtig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Es zieht Kleidungsstücke an? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Es putzt sich die Zähne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Es hilft bei einfachen Haushaltstätigkeiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Es spielt mit anderen Kindern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Es befolgt Regeln in einfachen Spielen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Es trennt sich leicht von der Mutter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Es reagiert angemessen auf zumutbare Änderungen des Tagesablaufes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. 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-3-KT

Sprachbeurteilung durch Eltern Kurztest für die U7a (SBE-3-KT)

W. v. Suchodoletz, S. Kademmann & 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**? ja nein
z. B. Ich hole das Buch **und** dann liest du vor.

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

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 _____

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.kinderaerzte-im-netz.de/startseite>

Einverständniserklärung zur Teilnahme am Recall – System

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

Angaben zu den Eltern
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