

Name des Kindes:

Datum:

	Gab/gibt es bei Ihrem Kind seit der letzten Vorsorge-Untersuchung...	
nein	• <i>schwerwiegende Erkrankungen, Operationen, Krampfanfälle oder schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen?</i>	ja
nein	• <i>auffälliges / nicht altersgemäßes Essverhalten?</i>	ja
nein	• <i>auffällige Stühle?</i>	ja
nein	• <i>Probleme beim Hören? (Ihr Kind sollte auf laute und leise Schallreize reagieren und den Kopf zur Schallquelle wenden können.)</i>	ja
nein	• <i>regelmäßiges Schnarchen?</i>	ja
ja	Machen Sie regelmäßige Kariesprophylaxe? (Fluorhaltige Tablette oder Putzen mit Fluoridpaste)	nein
ja	Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?	nein
ja	Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?	nein
nein	Stottert Ihr Kind?	ja
nein	Gibt es besondere Belastungen in der Familie?	ja

Mein / Unser Kind kann		
Grobmotorik		
ja	... beidseitig von der untersten Treppenstufe mit sicherer Gleichgewichtskontrolle abhüpfen.	nein
ja	... zwei Stufen im Erwachsenenschritt steigen (hält sich mit der Hand fest).	nein
Feinmotorik		
ja	... auch sehr kleine Gegenstände mit einem präzisen Dreifinger-Spitzgriff (Daumen, Zeige-Mittelfinger) greifen und manipulieren.	nein
Sprache		
ja	... mindestens Dreiwortsätze sprechen.	nein
ja	... von sich in der Ich-Form sprechen.	nein
ja	... seinen Rufnamen kennen und sagen.	nein
Wahrnehmung / Kognitive Entwicklung		
ja	... zuhören und konzentriert spielen, Als-Ob-Spiele spielen.	nein
ja	... große Knöpfe selbst öffnen.	nein
Soziale / emotionale Kompetenz		
ja	... sich gut über einige Stunden trennen, wenn es von einer vertrauten Person betreut wird.	nein
ja	... sich an häuslichen Tätigkeiten beteiligen, will mithelfen.	nein
Interaktion / Kommunikation		
ja	... gemeinsam mit gleichaltrigen Kindern spielen, auch Rollenspiele.	nein

bitte wenden: Fragen zur Sprachentwicklung Ihres Kindes....

Bitte kreuzen Sie die Wörter und Sätze an, die Ihr Kind selbst verwendet:

- | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <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 |
| <input type="checkbox"/> stehen | <input type="checkbox"/> Schokolade | <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"/> suchen | <input type="checkbox"/> schwimmen | <input type="checkbox"/> vorlesen | <input type="checkbox"/> Wiese | <input type="checkbox"/> zusammen |
| <input type="checkbox"/> sehen | <input type="checkbox"/> Suppe | | | |

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, 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 |

Unterschrift Elternteil