



## Klinischer Fragebogen zur U7a

Wir möchten Sie bitten die folgenden Fragen zur Vorsorgeuntersuchung auszufüllen. Fragen, die Sie bereits in früheren Fragebögen ausgefüllt haben und die sich nicht geändert haben, können Sie frei lassen. Vielen Dank, dass Sie sich Zeit dafür nehmen.

Name des Kindes \_\_\_\_\_

### 1. Soziale Situation

Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_

Eltern:  Partnerschaft / Ehe  
 getrennt seit: \_\_\_\_\_  
 Patchwork  
 Alleinerziehend Mutter / Vater  
 Sorgerecht/Umgang: \_\_\_\_\_

Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_

Kindergartenbesuch: \_\_\_\_\_

### 2. Aktuelle Ernährung

Morgens:

- |                                    |                                       |                                     |                                    |                                   |                               |                                |
|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Milch     | <input type="checkbox"/> Vollkornbrot | <input type="checkbox"/> Weißbrot   | <input type="checkbox"/> Mischbrot | <input type="checkbox"/> Brötchen | <input type="checkbox"/> Käse | <input type="checkbox"/> Wurst |
| <input type="checkbox"/> Marmelade | <input type="checkbox"/> Nutella      | <input type="checkbox"/> Cornflakes | <input type="checkbox"/> Müsli     | <input type="checkbox"/> Joghurt  | <input type="checkbox"/> Obst |                                |
| <input type="checkbox"/> Sonstig   |                                       |                                     |                                    |                                   |                               |                                |

Mittags:

- |                                  |                                |                                  |                                 |                               |                                     |                               |
|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fleisch | <input type="checkbox"/> Fisch | <input type="checkbox"/> Gemüse  | <input type="checkbox"/> Nudeln | <input type="checkbox"/> Reis | <input type="checkbox"/> Kartoffeln | <input type="checkbox"/> Brot |
| <input type="checkbox"/> Wurst   | <input type="checkbox"/> Käse  | <input type="checkbox"/> Rohkost | <input type="checkbox"/> Milch  | <input type="checkbox"/>      |                                     |                               |

Abends:

- |                                  |                                |                                  |                                 |                               |                                     |                               |
|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fleisch | <input type="checkbox"/> Fisch | <input type="checkbox"/> Gemüse  | <input type="checkbox"/> Nudeln | <input type="checkbox"/> Reis | <input type="checkbox"/> Kartoffeln | <input type="checkbox"/> Brot |
| <input type="checkbox"/> Wurst   | <input type="checkbox"/> Käse  | <input type="checkbox"/> Rohkost | <input type="checkbox"/> Milch  | <input type="checkbox"/>      |                                     |                               |

Zwischendurch:

- |                               |                                |                               |                                  |                                  |                                |                                     |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brei | <input type="checkbox"/> Milch | <input type="checkbox"/> Obst | <input type="checkbox"/> Rohkost | <input type="checkbox"/> Joghurt | <input type="checkbox"/> Kekse | <input type="checkbox"/> Schokolade |
| <input type="checkbox"/>      |                                |                               |                                  |                                  |                                |                                     |

Getränke:

- |                                |                                   |                                      |                              |                                 |                                |
|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Milch | <input type="checkbox"/> Saft pur | <input type="checkbox"/> Saftschorle | <input type="checkbox"/> Tee | <input type="checkbox"/> Wasser | <input type="checkbox"/> _____ |
| Gesamtmenge: _____ ml          |                                   |                                      |                              |                                 |                                |

### 3. Motorische und sprachliche Entwicklung

Welche der folgenden Fähigkeiten hat ihr Kind bereits:

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sport: _____       | <input type="checkbox"/> zieht sich an mit Anleitung | <input type="checkbox"/> kann knöpfen        | <input type="checkbox"/> trennt sich leicht von Mutter |
| <input type="checkbox"/> spielt mit anderen | <input type="checkbox"/> baut Brücke nach            | <input type="checkbox"/> zeichnet Linie      | <input type="checkbox"/> gibt längere Linie an         |
| <input type="checkbox"/> erkennt Farben     | <input type="checkbox"/> versteht kalt/müde/hungrig  | <input type="checkbox"/> Gegensätze angeben  | <input type="checkbox"/> versteht auf/unter/über       |
| <input type="checkbox"/> verwendet Mehrzahl | <input type="checkbox"/> sagt Vor- u. Nachnamen      | <input type="checkbox"/> Einbeinstand 5 Sek. | <input type="checkbox"/> Hüpf auf 1 Bein               |
| <input type="checkbox"/> fährt Dreirad      | <input type="checkbox"/> Schlusssprung 20cm          | <input type="checkbox"/> spielt Rollenspiele | <input type="checkbox"/> schnarcht                     |

### 4. Medizinische Angaben

- Vitamin D  täglich  wöchentlich  gar nicht  
 andere Nahrungsergänzungsmittel: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

frühere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

### 5. Medienkonsum

\_\_\_\_\_ Stunden pro Tag  Fernsehen  Handy  Tablett  Computer  Spielekonsole

### 6. Zusätzliche medizinische Maßnahmen

Wir bieten zur Früherkennung von Sehstörungen eine Augenuntersuchung an. Die Kosten werden bereits von vielen Kassen getragen. Wir empfehlen die Impfung gegen Meningokokken B, die eine Hirnhautentzündung oder Sepsis verursachen können. Die Kosten werden bereits von einigen Kassen getragen.

## Liebe Eltern,

viele Verhaltensweisen eines Kindes lassen sich in einer Untersuchungssituation nicht beobachten. Dabei sind es oft gerade diese Verhaltensweisen, die Aufschluss über die Entwicklung Ihres Kindes geben können. In diesem Fragebogen finden Sie Aussagen über kindliche Verhaltensweisen. Kreuzen Sie bitte jeweils an, ob Sie entsprechendes *in den letzten Wochen* bei Ihrem Kind beobachten konnten.

↓ LF	ja	nein
1. Es gelangt selber auf eine (niedrige) Schaukel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ihr Kind bewegt ein Dreirad zielgerichtet über eine längere Entfernung; es tritt und lenkt gleichzeitig (kann z.B. um eine Sandkiste fahren).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Es geht eine Treppe vorwärts rauf und runter, wechselfüßig (d.h. einen Fuß pro Stufe) und ohne sich festhalten zu müssen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Es stellt häufig Fragen mit „Warum?“, „Wieso?“, „Woher?“, „Wie denn?“, „Wo denn?“ und hört dann auch aufmerksam zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Es hört mind. 5 Minuten aufmerksam einer vertrauten Geschichte zu (nicht gemeint sind Lieder, Gedichte, Reime).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Es erzählt Geschichten und Begebenheiten durch das Verbinden der Sätze mit „und-und-und“ oder „und dann-und dann-und dann“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Es erzählt kleine Erlebnisse in weitgehend richtiger zeitlicher und logischer Reihenfolge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Es verwendet mindestens zwei Pronomina richtig, z.B. „mein“, „mir“, „dein“, „du“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Es gebraucht Drei- bis Fünf-Wort-Äußerungen, z.B. „Wo ist meine Jacke?“, „Das nicht tun!“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Es gießt Flüssigkeiten aus einer Flasche in ein Glas, ohne etwas zu verschütten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Es braucht beim Hände waschen keine Hilfe mehr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Es kann Reißverschlüsse an seiner Kleidung selber öffnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Es zieht sich einen Pullover selber aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Es zieht einen Pullover an, wenn er richtig gegeben wird: Der Pullover wird gerafft gereicht, die Kopföffnung ist für das Kind sichtbar, Ärmel befinden sich an den Seiten; das Kind zieht den Pullover selbst über den Kopf und findet selber die Ärmelöffnungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Es kann Knöpfe an seiner Kleidung selber <i>öffnen</i> : es bewältigt Druckknöpfe sowie normale Knöpfe, die ohne großen Aufwand an Fingerkraft geöffnet werden können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Es holt sich nach Erlaubnis selber etwas zu essen oder zu trinken aus dem (Kühl-) Schrank.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Zuhause findet Ihr Kind auch in dunklen Räumen den Lichtschalter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↓ SE		ja	nein
18.	Es spielt mit einem anderen Kind – mindestens fünf Minuten – gemeinsam ein Spiel: die Kinder sprechen miteinander und tauschen Gegenstände aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Es hat zeitweilig (über mehrere Wochen) einen „besten Freund“ oder eine „beste Freundin“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Es kann Dinge (z.B. Süßigkeiten) zwischen sich und anderen Kindern gerecht aufteilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Es stellt sich von sich aus in einer Reihe an (z.B. in einer Schlange vor der Rutsche, an einer Kasse).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	Es kann sich beim Spielen mit anderen Kindern – ohne den Eingriff von Erwachsenen – gut abwechseln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.	Es kann sich für mindestens eine halbe Stunde alleine in einem Zimmer beschäftigen (ein Erwachsener kann in der Nähe sein, aber nicht im selben Raum!).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.	Ihr Kind kann sich ohne Schwierigkeiten über <i>einige Stunden</i> von ihnen trennen, wenn es in dieser Zeit von einer gut bekannten Person betreut wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.	Es übernimmt spielerisch eine Rolle, z.B. „Ich bin ein Baby und Du musst mich füttern“, „Ich bin jetzt ein Löwe und fresse dich“, „Ich bin die Polizei und verhafte Dich!“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.	Es kann seine Emotionslage bei alltäglichen Ereignissen meist ausreichend selbst regulieren: es zeigt eine gewisse Toleranz gegenüber Kummer, Enttäuschungen, Besorgnissen, Ängsten, Verlegenheit, Freude, Vorfreude, Stress. Hat aber trotzdem gelegentlich noch Wutanfälle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.	Es sucht gelegentlich immer noch einen engen körperlichen Kontakt zu Ihnen: bei unverständlichen, beängstigenden Ereignissen sowie bei Müdigkeit, Erschöpfung, Krankheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.	Es lädt andere Kinder zu sich ein/lässt sich gern einladen (wählt also selber gezielt bestimmte Kinder aus, mit denen es Kontakt haben möchte).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Vielen Dank!**

# Mannheimer Elternfragebogen MEF für die U7 und U7a

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

## ANLEITUNG ZUM AUSFÜLLEN

Kreuzen Sie bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Ihrem Kind in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. Machen Sie bitte nur ein Kreuz in jeder Zeile, setzen Sie die Kreuze nur auf die Kreise, nicht in die Zwischenräume und lassen Sie bitte keine Frage aus. Sollte Ihr Kind zur Zeit Medikamente erhalten, die sein Verhalten verändern, beantworten Sie bitte die Fragen so wie sich Ihr Kind verhält, wenn es keine Medikamente erhält.

Mein Kind...

	stimmt	stimmt nicht
1. kann mindestens dreimal pro Woche schlecht einschlafen (liegt <b>mehr als eine Stunde</b> wach)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. wacht mindestens einmal pro Nacht auf und liegt dann <b>mindestens eine Stunde</b> wach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. schläft nachts mit im Elternbett, obwohl wir das nicht gerne sehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. hat meistens nur wenig Appetit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- ist untergewichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- ist extrem wählerisch beim Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. kann sich schlecht von der Mutter trennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- dabei kommt es zu langem Schreien oder Weinen (mindestens eine Viertelstunde)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>		
6. hat vor vielen Dingen panische Angst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- ist überaus schreckhaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht still sitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- mitunter ist beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. hat täglich einen Wutanfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- ist zu Hause ständig ungehorsam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- zerstört häufig Gegenstände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. hat große Angst vor fremden Erwachsenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. spricht fast jede fremde Person an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- geht schon nach kurzer Zeit mit fremder Person überall mit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. sucht bei seinen Eltern keinen Trost, wenn es sich weh getan hat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- kommt nicht zu seinen Eltern, wenn es Angst hat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

# Beobachtungen zur Früherkennungsuntersuchung

## Früherkennungsuntersuchung U7a

34.-36. Lebensmonat

Liebe Eltern,

alle Sinne beieinander zu haben ist lebenswichtig. Der Hörsinn ist einer der wichtigsten Sinne, hilft er uns doch z.B. Gefahren rechtzeitig zu erkennen. Ganz besonders wichtig ist ein funktionierendes Gehör für den Spracherwerb. Ohne ein intaktes Hörvermögen ist kein Spracherwerb und damit auch keine Kommunikation möglich. Durch gutes Beobachten und Zuhören können Sie eventuell vorliegende Hörstörungen Ihres Kindes bereits selbst bemerken. Wir möchten Sie daher bitten, die folgenden Fragen zu beantworten und dieses Heft zur nächsten Früherkennungsuntersuchung mitzubringen. Denken Sie aber bitte daran, dass eine einmalige auffällige Reaktion noch nicht bedeuten muss, dass ein Hörschaden vorliegt.

Ab dem 2. Lebensjahr wird die Schwerhörigkeit meist durch Erkrankungen des Mittelohres verursacht, die Folge von häufigen Mittelohrentzündungen sind. Bei den Kindern macht oft ihr eigenartiges Verhalten den Eltern Sorge.

- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Zeigt Ihr Kind Nase, Ohren oder Fuß, wenn Sie es leise dazu auffordern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Versteht Ihr Kind richtig, was Sie ihm ins Ohr flüstern?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Erkennt Ihr Kind Geräusche? (Tiere, Autos, Flugzeuge)                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Müssen Sie Radio und Fernseher lauter drehen, damit das Kind es hört?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Kann Ihr Kind mindestens 50 verschiedene Worte sprechen?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Geht es alltägliche Gegenstände suchen, wenn Sie darum bitten?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie schon mal gedacht, Ihr Kind hört nicht gut?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Beobachten Sie nun Ihr Kind weiter, damit Sie bei der Vorstellung Ihres Kindes zur U8 die nächsten Fragen beantworten können.

# 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.<br><input type="checkbox"/> Da ist eine Katze. | 3. <input type="checkbox"/> Mama einkauft.<br><input type="checkbox"/> Mama kauft ein. | 4. <input type="checkbox"/> Meine sein!<br><input type="checkbox"/> Das ist meins! |
| 5. <input type="checkbox"/> Mama kochen.<br><input type="checkbox"/> Mama kocht.     | 6. <input type="checkbox"/> viele Auto<br><input type="checkbox"/> viele Autos         | 7. <input type="checkbox"/> viele Blume<br><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. <b>Wie?</b> – z. B. Wie geht das Spiel?                                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 12. <b>Was?</b> – z. B. Was hast Du da?                                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 13. <b>Wo?</b> – z. B. Wo ist mein Ball?                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 14. <b>Wohin?</b> – 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 \_\_\_\_\_