

Sprech- und Sprachschwierigkeiten

Name: Vorname: Geb.-Datum:

Wie erleben Sie das sprachliche Verhalten Ihres Kindes? Wie kommuniziert Ihr Kind allgemein?

(Spricht es gern viel/ eher wenig? Spricht es verständlich?)

Wie nimmt Ihr Kind seine Schwierigkeiten wahr?

Wer bemerkt die Sprech-/Sprachschwierigkeiten Ihres Kindes noch? Wen stören sie?

Wie reagiert die Umwelt auf die sprachlichen Auffälligkeiten? (z. B. Erzieherinnen, andere Kinder?)

Sehen Sie die sprachlichen Auffälligkeiten im Zusammenhang mit einem bestimmten Ereignis?

Hat Ihr Kind auch andere nichtsprachliche Schwierigkeiten?

Sensomotorische Entwicklung

Wie verlief die motorische Entwicklung Ihres Kindes? Wann konnte es frei sitzen / krabbeln / laufen?

Wie schätzen Sie das Gleichgewicht Ihres Kindes ein? Stolpert es häufig? Geht es unsicher? Vermeidet es starke Bewegungsänderungen, wie z. B. Schaukeln?

Wie ist die Grobmotorik? (z. B. beim Gehen oder Klettern)

Wie schätzen Sie die Feinmotorik ein? (Stifthalterung beim Malen, Schneiden, Umgang mit kleinem Material, Händigkeit)

Wie reagiert Ihr Kind auf verschiedene Materialien? (z. B. Sand, Matsch, Wasser, Leim, Creme)

Sprachentwicklung

Hat Ihr Kind als Säugling gelallt / gebrabbelt? Wann? Gab es einen Zeitpunkt, zu dem es plötzlich wieder verstummt ist?

Wann sprach Ihr Kind die ersten Wörter? (auch „Mama“ und „Papa“)

Wann kamen die ersten kleinen Sätze?

Stellte Ihr Kind Fragen? Wann?

Gab es Rückschritte oder Pausen in der sprachlichen Entwicklung Ihres Kindes?

Hören: (Betreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie Hörprobleme bei Ihrem Kind beobachtet? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Muss Ihr Kind häufiger nachfragen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Stellt Ihr Kind Radio oder Fernseher ungewöhnlich laut? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat Ihr Kind eine laute Stimme? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Liebt Ihr Kind laute Spielsachen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Reagiert Ihr Kind überempfindlich auf laute Geräusche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gab es Probleme beim Saugen und Schlucken? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, sich Dinge zu merken? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Sozialverhalten: Bitte stufen Sie Temperament und Verhalten Ihres Kindes ein - Betreffendes bitte ankreuzen!

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> unruhig, immer in Bewegung | <input type="checkbox"/> sehr ruhig, bewegungsarm |
| <input type="checkbox"/> Linkshänder | <input type="checkbox"/> ungeschickt mit den Händen und Armen |
| <input type="checkbox"/> Einschlaf- und Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Ernährungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Nägelkauen | <input type="checkbox"/> Kopfwerfen / Wiegen mit dem Körper (v.a. vor dem Einschlafen) |
| <input type="checkbox"/> gehemmt, unsicher, ängstlich | <input type="checkbox"/> wehrt Körperkontakt ab, kaum liebebedürftig |
| <input type="checkbox"/> unselbständig, sucht ständig die Nähe der Mutter | <input type="checkbox"/> Daumenlutschen |
| <input type="checkbox"/> sucht viel Kontakt „Klammeräffchen“ | <input type="checkbox"/> wenig spielfreudig, muss immer angeleitet werden |
| <input type="checkbox"/> häufig kränkelnd | <input type="checkbox"/> Trotzanfälle |
| <input type="checkbox"/> Andere Beobachtungen | |
-
-
-

Spielverhalten

Wie und was spielt Ihr Kind?

Gibt es weitere Familienmitglieder (z. B. Geschwister) mit Sprachauffälligkeiten oder Hörstörungen?
