

## U7 Elternfragebogen

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_



*Hinweis: Bitte füllen Sie auch den Fragebogen SBE-2-KT zur Sprachbeurteilung aus.*

<b>Fragen an die Eltern:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?		
Läuft ihr Kind sicher und rennt es?		
Geht es Treppen hinauf / hinunter (im Kinderschritt mit festhalten/an einer Hand)?		
Kann es ein Bonbon oder kleines Geschenk auspacken?		
Kann es kleine Türme bauen (3 Klötzchen)?		
Spielt ihr Kind Alltagstätigkeiten nach? (z.B. Kochen, Puppe/Kuscheltier versorgen, Auto fahren)		
Sind Sie mit der Sprachentwicklung zufrieden?		
Wächst Ihr Kind ein- oder mehrsprachig auf? Welche ist die Muttersprache?		
Benutzt Ihr Kind in Ihrer Sprache mindestens 10 verschiedene Wörter?		
Sagte es „nein“ oder drückt anders deutlich aus, wenn es etwas nicht möchte?		
Schaut es gern Bilderbücher an und „erzählt“ dazu?		
Bildet Ihr Kind 2-Wort-Sätze? (z.B. „Mama Buch“, „Baby spielen“, „das rein“?)		
Versteht ihr Kind einfache Aufforderungen (z.B. kleine Aufträge im Haushalt)?		
Kann es selbstständig mit dem Löffel essen (Kleckern erlaubt)?		
Versucht Ihr Kind Sie irgendwo hinzuziehen?		
Zeigt Ihr Kind Interesse an anderen Kindern?		
Sind Sie mit dem Essverhalten Ihres Kindes zufrieden?		
Hat Ihr Kind mindestens 3x pro Woche schmerzfrei Stuhlgang?		
Betreiben Sie Kariesprophylaxe durch regelmäßiges Zähneputzen (2x/Tag) mit fluorhaltiger Zahnpasta?		
Braucht Ihr Kind meist weniger als 1 Stunden zum Einschlafen?		
Schläft es oft durch und, wenn es aufwacht, liegt es weniger als 1 Stunde wach?		
Schnarcht Ihr Kind regelmäßig?		
Hört Ihr Kind leise gesprochene Aufforderungen?		
Lässt es sich bei täglichen Ärgernissen meist innerhalb von 5 Minuten beruhigen?		
Spielt Ihr Kind auch eine kurze Zeit allein, wenn Sie nicht im Zimmer aber in der Nähe sind?		
Ist Ihr Kind schon einmal gestürzt (aus dem Bett, vom Wickeltisch, auf der Treppe) oder hat es sich schon einmal verbrüht?		
Ist die Zusammensetzung der Familie unverändert?		
Gibt es weitere Probleme? Wenn ja, welche?		

Wer betreut Ihr Kind tagsüber?  Mutter/  Vater/  Großeltern/  Tagesmutter/  Kinderkrippe

Bildschirmzeit (Fernseher, Tablet, etc.) pro Tag:

gar nicht /  weniger als 30 min /  1-2 Stunden/  > 2 St.

### M-CHAT Autismusfragebogen (Kurzfassung)

	Ja	nein
1. Zeigt Ihr Kind Interesse an anderen Kindern?		
2. Hat Ihr Kind jemals den Zeigefinger benutzt, um auf etwas zu zeigen oder um Interesse für etwas zu bekunden?		
3. Bringt Ihr Kind Ihnen Dinge, um sie Ihnen zu zeigen?		
4. Imitiert Sie Ihr Kind? (z. B. wenn Sie eine Grimasse schneiden)		
5. Reagiert Ihr Kind auf seinen Namen, wenn Sie es rufen?		
6. Wenn Sie auf ein Spielzeug am anderen Ende des Zimmers zeigen, schaut Ihr Kind es dann an?		

Deutschsprachige Adaptation von Sven Bölte (2005)

© 1999 Diana Robins, Deborah Fein & Marianne Barton / Originalpublikation: Robins, D., Fein, D., Barton, M. & Green, J. (2001). The Modified

Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. Journal of

Autism and Developmental Disorders, 31, 131-144.