



## EINSCHÄTZUNG DER SPRACHENTWICKLUNG

Mit welchem Alter konnte Ihr Kind 5 Wörter sprechen?

\_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_  spricht noch weniger als 5 Wörter  
 Jahr(e)                      Monate

Wie schätzen Sie die Entwicklung der Muttersprache Ihres Kindes im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern ein?

unauffällig                       leicht verzögert                       stark verzögert

Haben Sie sich schon Sorgen um die Sprachentwicklung Ihres Kindes gemacht?

nein                       ein wenig                       ja, sehr

## WORTLISTE

Kinder können zumeist schon viel mehr Wörter verstehen als sprechen. In diesem Fragebogenteil geht es aber darum, welche Wörter Ihr Kind schon **SPRICHT**. Bitte markieren Sie durch Ankreuzen des Kreises die Wörter, die Sie schon von Ihrem Kind spontan gehört haben.

- Wenn Ihr Kind eine etwas andere Aussprache verwendet (z.B. „Tuh“ statt „Kuh“; „Tator“ statt „Traktor“) kreuzen Sie das jeweilige Wort bitte trotzdem an.
- Wenn Ihr Kind statt des Zielwortes eine Ersetzung (z.B. „miau“ statt „Katze“; „hamham“ statt „essen“) oder das Wort noch gar nicht verwendet, lassen Sie den Kreis zum Ankreuzen bitte einfach leer.

Hund	<input type="checkbox"/>	Hase	<input type="checkbox"/>	Hose	<input type="checkbox"/>	Bär	<input type="checkbox"/>
Auto	<input type="checkbox"/>	Schuhe	<input type="checkbox"/>	Mund	<input type="checkbox"/>	Ente	<input type="checkbox"/>
Katze	<input type="checkbox"/>	Haus	<input type="checkbox"/>	Ei	<input type="checkbox"/>	Stein	<input type="checkbox"/>
Baby	<input type="checkbox"/>	Puppe	<input type="checkbox"/>	Schaf	<input type="checkbox"/>	Brot	<input type="checkbox"/>
Kuh	<input type="checkbox"/>	Ball	<input type="checkbox"/>	Traktor	<input type="checkbox"/>	Saft	<input type="checkbox"/>
Mama	<input type="checkbox"/>	Apfel	<input type="checkbox"/>	Hand	<input type="checkbox"/>	Pferd	<input type="checkbox"/>
Vogel	<input type="checkbox"/>	Buch	<input type="checkbox"/>	Ohr	<input type="checkbox"/>	Milch	<input type="checkbox"/>
Wasser	<input type="checkbox"/>	Baum	<input type="checkbox"/>	Bett	<input type="checkbox"/>	<b>Summe</b>	
essen	<input type="checkbox"/>	Augen	<input type="checkbox"/>	Blume	<input type="checkbox"/>		
Nase	<input type="checkbox"/>	Tisch	<input type="checkbox"/>	Brille	<input type="checkbox"/>		

## WORTKOMBINATIONEN

Hat Ihr Kind schon damit begonnen Wörter miteinander zu verbinden?

Z.B. „Auto da“, „Peter spielen“, „Saft trinken“

- ja
- noch nicht

Können Sie zwei Beispiele der längsten Sätze anführen, die Ihr Kind momentan sagt?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

## EINVERSTÄNDISERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten meines Kindes anonymisiert für Forschungszwecke zur Verbesserung der Früherkennung von Sprachproblemen genutzt werden dürfen.

- ja
- nein

\_\_\_\_\_  
Vorname & Nachname des Elternteils

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Elternteils

**VIELEN HERZLICHEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!**  
DIE FOLGENDE SEITE WIRD VOM KINDERARZT AUSGEFÜLLT

-----  
Name des Kindes / Datum der Erhebung

### M-CHAT-R

Bitte beantworten Sie diese Fragen über Ihr Kind. Denken Sie dabei daran wie sich Ihr Kind normalerweise verhält. Wenn sie das erfragte Verhalten bei Ihrem Kind selten aber nicht regelmäßig beobachten, dann antworten Sie bitte mit **Nein**. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage entweder Ja oder Nein an. Vielen Dank.

- |  |    |      |
|--|----|------|
| 1. Wenn Sie auf etwas am anderen Ende des Zimmers zeigen, schaut Ihr Kind es dann an? (z.B. Wenn Sie auf ein Spielzeug oder ein Tier zeigen, schaut Ihr Kind dann auf das Spielzeug oder das Tier?)  | Ja | Nein |
| 2. Haben Sie sich jemals gefragt ob Ihr Kind schlecht hört?  | Ja | Nein |
| 3. Spielt Ihr Kind „So tun als ob“ Spiele (z.B. Tut es, als ob es aus einer leeren Tasse trinken würde? Tut es, als ob es telefonieren würde oder als ob es eine Puppe oder ein Stofftier füttern würde?)  | Ja | Nein |
| 4. Klettert Ihr Kind gerne auf Gegenstände? (z.B. auf Möbel, Stiegen, Klettergerüste)  | Ja | Nein |
| 5. Macht Ihr Kind ungewöhnliche Fingerbewegungen nahe seiner Augen? (z.B. Wackelt Ihr Kind mit den Fingern nahe an seinen Augen?)  | Ja | Nein |
| 6. Zeigt Ihr Kind mit einem Finger um etwas zu bitten oder um Hilfe zu bekommen? (z.B. Zeigt es auf Essen oder Spielzeug, das sich außerhalb seiner Reichweite befindet?)  | Ja | Nein |
| 7. Zeigt Ihr Kind mit einem Finger um Ihnen etwas Interessantes zu zeigen? (z.B. Zeigt es auf ein Flugzeug am Himmel oder einen großen Lastwagen auf der Straße?)  | Ja | Nein |
| 8. Ist Ihr Kind an anderen Kindern interessiert? (z.B. Beobachtet Ihr Kind andere Kinder, lächelt es sie an oder geht es zu ihnen hin?)  | Ja | Nein |
| 9. Zeigt Ihnen Ihr Kind Dinge, indem es diese zu Ihnen bringt oder sie hinhält, damit Sie sie sehen – nicht um Hilfe zu bekommen, sondern nur um die Aufmerksamkeit zu teilen? (z.B. Zeigt es Ihnen eine Blume, ein Stofftier oder einen Spielzeuglaster?) | Ja | Nein |
| 10. Reagiert Ihr Kind, wenn Sie es beim Namen rufen? (z.B. Schaut es her, spricht oder lautiert es oder hält es kurz inne, wenn Sie seinen Namen rufen?)   | Ja | Nein |
| 11. Wenn Sie Ihr Kind anlächeln, lächelt es zurück?  | Ja | Nein |
| 12. Wird Ihr Kind durch Alltagsgeräusche irritiert? (z.B. Weint oder schreit Ihr Kind beim Lärm vom Staubsauger oder lauter Musik?)  | Ja | Nein |
| 13. Kann Ihr Kind frei gehen?  | Ja | Nein |
| 14. Schaut Ihnen Ihr Kind in die Augen, wenn Sie mit ihm sprechen, spielen oder es anziehen?   | Ja | Nein |
| 15. Versucht Ihr Kind nachzumachen, was Sie tun? (z.B. Auf Wiedersehen winken, klatschen oder ein lustiges Geräusch, das Sie machen?)  | Ja | Nein |
| 16. Wenn Sie Ihren Kopf drehen, um auf etwas zu schauen, folgt Ihr Kind Ihrem Blick?   | Ja | Nein |
| 17. Versucht Ihr Kind Sie dazu zu bringen, dass Sie zu ihm hinschauen? (z.B. Schaut Sie Ihr Kind an, weil es gelobt werden möchte oder sagt es „Schau“ oder „Schau her“?)  | Ja | Nein |
| 18. Versteht Ihr Kind, wenn Sie ihm sagen, was es tun soll? (z.B. Wenn Sie keine Zeigegesten verwenden, versteht Ihr Kind „Leg das Buch auf den Sessel“ oder „Bring mir die Decke“?)   | Ja | Nein |
| 19. Schaut Ihnen Ihr Kind ins Gesicht, wenn etwas Neues passiert, um zu sehen was Sie davon halten? (z.B. Wenn es ein fremdes oder lustiges Geräusch hört oder ein neues Spielzeug sieht, schaut es Sie dann an?)  | Ja | Nein |
| 20. Liebt Ihr Kind Aktivitäten mit Bewegung? (z.B. Fliegen oder Knie-Reiter Spiele)  | Ja | Nein |

Gesamtwert: \_\_\_\_\_