

4 Materialien

Übersicht	
M01	Explorationsleitfaden für Sprech- und Sprachstörungen
M02	Checkliste zur Beurteilung der Spontansprache
M03	Sprachbeurteilung durch Eltern: Kurztest für die U7 (SBE-2-KT)
M04	Sprachbeurteilung durch Eltern: Kurztest für die U7a (SBE-3-KT)

M01 Explorationsleitfaden für Sprech- und Sprachstörungen

Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht: Junge Mädchen

Geburtsdatum: _____ Alter (Jahre;Monate): _____

Angaben der Mutter des Vaters beider Elternteile sonstige: _____

Vorstellungsanlass

Wer hat die Vorstellung angeregt?

Was ist der Anlass?

Gegenwärtige Sprachauffälligkeiten

- | | | | |
|--------------------|---|--|--------------------------------------|
| Sprechantrieb: | <input type="checkbox"/> wortkarg | <input type="checkbox"/> gesteigert | <input type="checkbox"/> unauffällig |
| Lautbildung: | <input type="checkbox"/> stammelnd | <input type="checkbox"/> undeutlich/nasal | <input type="checkbox"/> unauffällig |
| Stimmklang: | <input type="checkbox"/> heiser | <input type="checkbox"/> sonstig auffällig | <input type="checkbox"/> unauffällig |
| Grammatik: | <input type="checkbox"/> dysgrammatisch | <input type="checkbox"/> einzelne Fehler | <input type="checkbox"/> unauffällig |
| Äußerungslänge: | <input type="checkbox"/> 1-Wortsätze | <input type="checkbox"/> 2-Wortsätze | |
| | <input type="checkbox"/> Mehrwortsätze | <input type="checkbox"/> Haupt- und Nebensätze | |
| Wortschatz: | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> Wortfindungsstörung | <input type="checkbox"/> unauffällig |
| Sprachverständnis: | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> fraglich vermindert | <input type="checkbox"/> unauffällig |
| Redefluss: | <input type="checkbox"/> stotternd | <input type="checkbox"/> überhastet/polternd | <input type="checkbox"/> unauffällig |
| Verständlichkeit: | <input type="checkbox"/> eingeschränkt für Fremde | | |
| | <input type="checkbox"/> eingeschränkt für Eltern | | <input type="checkbox"/> unauffällig |
| Gestik: | <input type="checkbox"/> vermindert | <input type="checkbox"/> verstärkt | <input type="checkbox"/> unauffällig |

Genauere Beschreibung:

Störungsbewusstsein/Bewältigungsstrategien:

Reaktionen des Umfelds auf die Sprachauffälligkeiten:

Auffassungen der Eltern zur Verursachung:

Bisheriger Verlauf

Meilensteine der Sprachentwicklung:

Lallverhalten: unauffällig auffällig: _____

Erste Wörter: _____ Monat, erste Mehrwortäußerungen: _____ Monat

Erste Sprachauffälligkeiten (Zeitpunkt, Art):

Veränderungen in letzten Monaten: kontinuierlicher Lernzuwachs

Phasen mit Stillstand und Entwicklungsschüben

Stillstand Verlust sprachlicher Fähigkeiten

sonstig: _____

Frühere Sprachuntersuchungen (Zeitpunkt, Art, Ergebnisse):

Befundbericht vorliegend: ja nein

Bisherige Sprachtherapie/-förderung (Zeitpunkt, Art, Dauer, Intensität):

Befundbericht vorliegend: ja nein

Kontaktaufnahme zu früheren Untersuchern/Therapeuten erlaubt:

ja (siehe Einwilligungserklärung) nein

Erwartungen der Eltern an die Betreuung:

Komorbiditäten

Motorische Auffälligkeiten: nein

ja (welche): _____

Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten: nein

ja (welche): _____

Kindliche Verhaltensbesonderheiten: keine
 Daumenlutschen Nägelknabbern Jaktationen
 Schlafstörungen Appetitstörungen sonstige

Beschreibung:

Frühere/jetziges Behandlungen (Ergotherapie u. a.): keine

ja (welche, wann, Dauer): _____

Verhalten, Interessen, Stärken

Verhalten in der Familie:

Verhalten in der Kindereinrichtung:

Soziale Stellung in Kindergruppen:

Freundschaften:

Spielverhalten/Mediennutzung:

Interessen:

Besondere Kompetenzen/Eigenschaften:

Betreuungseinrichtungen (Art, Dauer, Besonderheiten)

Frühere Betreuungseinrichtungen:

Jetzige Betreuungseinrichtung:
Bei Schulbesuch: altersgerecht eingeschult <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____ Klasse _____, Zeugnisse vorliegend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schulleistungen: _____ Besonderheiten (Wiederholung u. a.): _____
Kontaktaufnahme zur Betreuungseinrichtung erlaubt: <input type="checkbox"/> ja (siehe Einwilligungserklärung) <input type="checkbox"/> nein
Eigenanamnese
Besonderheiten während der Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja (welche): _____
Besonderheiten während der Geburt: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja (welche): _____
Meilensteine der Entwicklung (Alter in Monaten): Sitzen: _____ Stehen: _____ Laufen: _____ Sauberkeit: tags: _____ nachts: _____
Geschicklichkeit in der Fein- und Grobmotorik: _____ Händigkeit: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidhändig
Ohrerkrankungen (Mittelohrentzündungen, Operationen): <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja (wann, welche): _____
Untersuchungen der Hörfähigkeit (Zeitpunkte, Art, Ergebnisse): Befundbericht vorliegend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Befundanforderung erlaubt: <input type="checkbox"/> ja (siehe Einwilligungserklärung) <input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen (Operationen, Unfälle, Kopferkrankungen):
Familienanamnese
Sprachauffälligkeiten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wer?, welche?): _____
Lese-Rechtschreibstörung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wer?): _____

Lernstörung: nein

ja (wer?): _____

Sonstige Besonderheiten: nein

ja (wer?, welche?): _____

Familiäre Situation

Wer lebt in der Familie: Mutter Vater Zahl der Geschwister: _____

Sonstige: _____

Familienstand der Eltern: verheiratet Lebensgemeinschaft

alleinerziehend sonstige: _____

Alter: Mutter: _____ Vater: _____

Schulbildung: Mutter: _____ Vater: _____

Beruf: Mutter: _____ Vater: _____

Berufstätigkeit: Mutter: _____ Vater: _____

Geschwister (Alter, Geschlecht, Besonderheiten):

1.

2.

3.

Sprachen: einsprachig deutsch andere/weitere Sprachen

Dauer und Intensität des Kontakts zu den Sprachen:

Belastungen/Probleme in der Familie:

Verhältnis der Geschwister untereinander:

Ergänzende Angaben

M02**Checkliste zur Beurteilung der Spontansprache**

Beurteilbarkeit:	<input type="checkbox"/> gut (viele Äußerungen) <input type="checkbox"/> schlecht (wenig Äußerungen)
	Beschreibung: _____
Sprechantrieb:	<input type="checkbox"/> altersentsprechend <input type="checkbox"/> wortkarg <input type="checkbox"/> gesteigert
	Beschreibung: _____
Aussprache:	<input type="checkbox"/> altersentsprechend <input type="checkbox"/> verwaschen <input type="checkbox"/> nasal <input type="checkbox"/> sonstig
	Beschreibung: _____
Lautbildung:	<input type="checkbox"/> altersentsprechend <input type="checkbox"/> Lautbildungsfehler
	Beschreibung: _____
Stimmklang:	<input type="checkbox"/> altersentsprechend <input type="checkbox"/> heiser <input type="checkbox"/> flüsternd <input type="checkbox"/> sonstige
	Beschreibung: _____
Aktiver Wortschatz:	<input type="checkbox"/> altersentsprechend <input type="checkbox"/> Wortschatzmängel
	Beschreibung: _____
Wortfindung:	<input type="checkbox"/> altersentsprechend <input type="checkbox"/> Wortfindungsstörungen
	Beschreibung: _____
Satzlänge:	<input type="checkbox"/> altersentsprechend <input type="checkbox"/> 1-Wortsätze <input type="checkbox"/> 2-Wortsätze
	<input type="checkbox"/> Mehrwortsätze <input type="checkbox"/> Nebensätze
	Beschreibung: _____
Grammatik:	<input type="checkbox"/> altersentsprechend <input type="checkbox"/> Dysgrammatismus
	Beschreibung: _____
Redefluss:	<input type="checkbox"/> altersentsprechend <input type="checkbox"/> stotternd <input type="checkbox"/> poltern <input type="checkbox"/> sonstige
	Beschreibung: _____
Verständlichkeit:	<input type="checkbox"/> altersentsprechend <input type="checkbox"/> eingeschränkt
	Einschränkung durch: _____
Erzählen:	<input type="checkbox"/> altersentsprechend <input type="checkbox"/> eingeschränkte Fähigkeit
	Beschreibung: _____
Passiver Wortschatz:	<input type="checkbox"/> altersentsprechend <input type="checkbox"/> Wortschatzmängel
	Beschreibung: _____
Sprachverständnis:	<input type="checkbox"/> altersentsprechend <input type="checkbox"/> Sprachverständnisstörungen
	Beschreibung: _____
Gestik und Mimik:	<input type="checkbox"/> altersentsprechend <input type="checkbox"/> vermehrt eingesetzt
	Beschreibung: _____
Kommunikation:	<input type="checkbox"/> altersentsprechend <input type="checkbox"/> wenig kompetent
	Beschreibung: _____
Reaktionen bei Nichtverstehen:	<input type="checkbox"/> kooperativ <input type="checkbox"/> frustriert
	Beschreibung: _____
Sonstiges:	_____

Zusammenfassende Einschätzung: _____

M03 Sprachbeurteilung durch Eltern: Kurztest für die U7 (SBE-2-KT)¹

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 sonstige

Falls sonstige Person. Wer? _____

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf? nein ja

Falls ja, welche Sprachen? _____

Hier finden Sie eine Wortliste. Bitte kreuzen Sie alle die Wörter an, die Sie häufiger von Ihrem Kind gehört haben. Dabei sollten aber nur Wörter 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. „nane“ statt „Banane“ oder „Tuchen“ statt „Kuchen“). Falls Ihr Kind ein ähnliches Wort benutzt (z. B. „Mieze“ für „Katze“), schreiben Sie dies bitte daneben.

Noch ein Hinweis: Der Wortschatz von zweijährigen Kindern ist sehr unterschiedlich. Es kann also durchaus sein, dass Ihr Kind nur einige dieser Wörter spricht. Auch wird es vermutlich noch andere, hier nicht aufgeführte Wörter sprechen.

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hallo | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Auto | <input type="checkbox"/> Opa | <input type="checkbox"/> Ball |
| <input type="checkbox"/> danke | <input type="checkbox"/> mein | <input type="checkbox"/> bitte |
| <input type="checkbox"/> Boot | <input type="checkbox"/> Buch | <input type="checkbox"/> Zug |
| <input type="checkbox"/> Apfel | <input type="checkbox"/> Banane | <input type="checkbox"/> Gurke |
| <input type="checkbox"/> Brot | <input type="checkbox"/> Butter | <input type="checkbox"/> Milch |
| <input type="checkbox"/> Kuchen | <input type="checkbox"/> Keks | <input type="checkbox"/> Eier |
| <input type="checkbox"/> Fisch | <input type="checkbox"/> Maus | <input type="checkbox"/> Baum |
| <input type="checkbox"/> Katze | <input type="checkbox"/> Pferd | <input type="checkbox"/> Hase |
| <input type="checkbox"/> Affe | <input type="checkbox"/> Bär | <input type="checkbox"/> Ente |
| <input type="checkbox"/> Hose | <input type="checkbox"/> Jacke | <input type="checkbox"/> Schuhe |
| <input type="checkbox"/> Auge | <input type="checkbox"/> Bauch | <input type="checkbox"/> Hand |
| <input type="checkbox"/> Ohr | <input type="checkbox"/> Mund | <input type="checkbox"/> Nase |

baden

essen

malen

Licht

kalt

nass

raus

runter

weg

Bett

Stuhl

Schnuller

Brille

Haare

Schlüssel

Tür

Uhr

Wasser

Benutzt Ihr Kind schon Wortverbindungen von zwei oder mehr Wörtern, wie z. B. *Mama Buch, Baby spielen, das da rein?* nein ja

Bemerkungen: _____

M04 Sprachbeurteilung durch Eltern: Kurztest für die U7a (SBE-3-KT)¹

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 sonstige

Falls sonstige Person. Wer? _____

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf? nein ja

Falls ja, welche Sprachen? _____

In diesem Bogen finden Sie eine Liste von Wörtern und Sätzen, 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 „draußen“ statt „draußen“). Falls Ihr Kind etwas Ähnliches benutzt (z. B. „Becher“ für „Glas“), 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 beurteilen. Außerdem wird es vermutlich auch noch andere, hier nicht aufgeführte Wörter und Sätze sprechen.

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> arbeiten | <input type="checkbox"/> lachen | <input type="checkbox"/> Schirm | <input type="checkbox"/> Tier |
| <input type="checkbox"/> brauchen | <input type="checkbox"/> Lampe | <input type="checkbox"/> schmecken | <input type="checkbox"/> Tisch |
| <input type="checkbox"/> draußen | <input type="checkbox"/> leise | <input type="checkbox"/> schmutzig | <input type="checkbox"/> Tomate |
| <input type="checkbox"/> Eimer | <input type="checkbox"/> Licht | <input type="checkbox"/> schneiden | <input type="checkbox"/> Treppe |
| <input type="checkbox"/> finden | <input type="checkbox"/> lieb | <input type="checkbox"/> schnell | <input type="checkbox"/> voll |
| <input type="checkbox"/> Finger | <input type="checkbox"/> liegen | <input type="checkbox"/> Schokolade | <input type="checkbox"/> vorlesen |
| <input type="checkbox"/> Fleisch | <input type="checkbox"/> Mädchen | <input type="checkbox"/> Schrank | <input type="checkbox"/> warm |
| <input type="checkbox"/> fliegen | <input type="checkbox"/> mit | <input type="checkbox"/> Schuh | <input type="checkbox"/> warten |
| <input type="checkbox"/> Frühstück | <input type="checkbox"/> müde | <input type="checkbox"/> schwer | <input type="checkbox"/> waschen |
| <input type="checkbox"/> Geburtstag | <input type="checkbox"/> Musik | <input type="checkbox"/> schwimmen | <input type="checkbox"/> Wasser |
| <input type="checkbox"/> gießen | <input type="checkbox"/> müssen | <input type="checkbox"/> sehen | <input type="checkbox"/> weg |
| <input type="checkbox"/> Glas | <input type="checkbox"/> nass | <input type="checkbox"/> Sonne | <input type="checkbox"/> weich |
| <input type="checkbox"/> Hals | <input type="checkbox"/> neu | <input type="checkbox"/> springen | <input type="checkbox"/> Wiese |
| <input type="checkbox"/> Handtuch | <input type="checkbox"/> Ohr | <input type="checkbox"/> stehen | <input type="checkbox"/> wohnen |
| <input type="checkbox"/> heute | <input type="checkbox"/> Papier | <input type="checkbox"/> Stein | <input type="checkbox"/> Wolke |
| <input type="checkbox"/> hören | <input type="checkbox"/> rennen | <input type="checkbox"/> Stift | <input type="checkbox"/> Zahn |
| <input type="checkbox"/> jetzt | <input type="checkbox"/> sagen | <input type="checkbox"/> Straße | <input type="checkbox"/> Zeh |
| <input type="checkbox"/> kaufen | <input type="checkbox"/> Sand | <input type="checkbox"/> suchen | <input type="checkbox"/> Zimmer |
| <input type="checkbox"/> klein | <input type="checkbox"/> sauber | <input type="checkbox"/> Suppe | <input type="checkbox"/> Zunge |
| <input type="checkbox"/> kochen | <input type="checkbox"/> scharf | <input type="checkbox"/> Teppich | <input type="checkbox"/> zusammen |
| <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> schenken | | |

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. Da Katze

Da ist eine Katze

3. Mama einkauft

Mama kauft ein

4. Meine sein!

Das ist meins!

5. Mama kochen.

Mama kocht.

6. viele Auto

viele Autos

7. viele Blume

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, **meine** 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?)

ja nein

12. **Was?** (z. B. Was hast Du da?)

ja nein

13. **Wo?** (z. B. Wo ist mein Ball?)

ja nein

14. **Wohin?** (z. B. Wohin geht Papa?)

ja nein

15. Erzählt Ihr Kind kurze Geschichten/Märchen (anhand von Bildern) nach?

ja nein

Grammatik: _____

Bemerkungen: _____

WS + (Gram. x 6) = Gesamtwert _____