

## Fragebogen zur Vorsorge-Untersuchung U7

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Liebe Eltern,

zur Vorbereitung auf die heutige Vorsorgeuntersuchung bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen, damit wir die Entwicklung Ihres Kindes besser beurteilen können. Sollten sich darüber hinaus Veränderungen in der Betreuungssituation oder besondere Belastungen in Ihrer Familie ergeben, sprechen Sie uns diesbezüglich bitte während der Vorsorgeuntersuchung an. Gerne können wir Sie über entsprechende Hilfeangebote beraten.

Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

|                                                                                                                         |                             |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Mein Kind kann über längere Zeit frei und sicher gehen                                                                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind kann im Stehen Gegenstände vom Boden aufheben,<br>ohne Festhalten an Möbeln oder Abstützen mit den Händen     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ohne Hinsetzen oder Hinknien Mein Kind kann rennen                                                                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| und weicht dabei Hindernissen aus                                                                                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind spricht mindestens 10 richtige Worte außer Papa und Mama                                                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind sagt z.B. „Wau-Wau“ zu einem Hund oder anderen Vierbeinern                                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind spricht 2-Wortsätze, z.B. „Mama da“                                                                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind kann 3 Bauklötzchen oder Becher aufeinandersetzen                                                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind räumt etwa 10 Minuten lang konzentriert kleinere Gegenstände aus<br>und ein und beschäftigt sich selbst damit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind gibt Gegenstände auf Verlangen                                                                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind kann eingewickelte Bonbons oder andere kleine Gegenstände<br>auspacken                                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind kritzelt mit dem Stift (wird in der Faust gehalten)                                                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind zeigt im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände<br>und blättert die Seiten einzeln um (Pappbilderbuch)           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind bleibt oder spielt etwa 15 min alleine, auch wenn die Mutter nicht<br>im Zimmer, jedoch in der Nähe ist       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind freut sich über andere Kinder                                                                                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind winkt zum Abschied                                                                                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind kann über längere Zeit frei und sicher gehen                                                                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Summe „ja“ \_\_\_\_\_

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 zurzeit 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 nicht          | stimmt                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. kann mindestens dreimal pro Woche schlecht einschlafen (liegt mindestens 1 Stunde wach) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. wacht mindestens einmal pro Nacht auf und liegt mindestens eine Stunde wach             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. schläft nachts mit im Elternbett, obwohl wir das nicht gern sehen                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. hat meistens nur wenig Appetit                                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ist untergewichtig                                                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. ist extrem wählerisch beim Essen                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. kann sich schlecht von der Mutter trennen                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. dabei kommt es zu langem Schreien oder Weinen (mindestens 15 Minuten)                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. hat vor vielen Dingen panische Angst                                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. ist überaus schreckhaft                                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht still sitzen                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. ist mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. hat täglich einen Wutanfall                                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. ist zu Hause ständig ungehorsam                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. zerstört häufig Gegenstände                                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. hat große Angst vor fremdem Erwachsenen                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. spricht fast jede fremde Person an                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. geht schon nach kurzer Zeit mit fremder Person überall mit                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. ist häufig ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht)          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

(Mannheimer Elternfragebogen MEF (Günter Esser & Manfred Laucht))

Ausgefüllt von: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

# SBE-2-KT

## Sprachbeurteilung durch Eltern Kurztest für die U7 (SBE-2-KT)

W. v. Suchodoletz & S. Sachse

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 17.07.2009

Versionen des SBE-2-KT in anderen Sprachen können Sie hier  
herunterladen (Abschnitt Fremdsprachen A-Z):

[https://www.ph-heidelberg.de/hochschule/organisation/  
fakultaeten/fakultaet-i/institut-fuer-psychologie/forschung-und-  
projekte/elternfrageboegen-sbe-2-kt-sbe-3-kt.html](https://www.ph-heidelberg.de/hochschule/organisation/fakultaeten/fakultaet-i/institut-fuer-psychologie/forschung-und-projekte/elternfrageboegen-sbe-2-kt-sbe-3-kt.html)



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="radio"/> hallo  | <input type="radio"/> ja     | <input type="radio"/> nein      |
| <input type="radio"/> Auto   | <input type="radio"/> Opa    | <input type="radio"/> Ball      |
| <input type="radio"/> danke  | <input type="radio"/> mein   | <input type="radio"/> bitte     |
| <input type="radio"/> Boot   | <input type="radio"/> Buch   | <input type="radio"/> Zug       |
| <input type="radio"/> Apfel  | <input type="radio"/> Banane | <input type="radio"/> Gurke     |
| <input type="radio"/> Brot   | <input type="radio"/> Butter | <input type="radio"/> Milch     |
| <input type="radio"/> Kuchen | <input type="radio"/> Keks   | <input type="radio"/> Eier      |
| <input type="radio"/> Fisch  | <input type="radio"/> Maus   | <input type="radio"/> Baum      |
| <input type="radio"/> Katze  | <input type="radio"/> Pferd  | <input type="radio"/> Hase      |
| <input type="radio"/> Affe   | <input type="radio"/> Bär    | <input type="radio"/> Ente      |
| <input type="radio"/> Hose   | <input type="radio"/> Jacke  | <input type="radio"/> Schuhe    |
| <input type="radio"/> Auge   | <input type="radio"/> Bauch  | <input type="radio"/> Hand      |
| <input type="radio"/> Ohr    | <input type="radio"/> Mund   | <input type="radio"/> Nase      |
| <input type="radio"/> baden  | <input type="radio"/> essen  | <input type="radio"/> malen     |
| <input type="radio"/> Licht  | <input type="radio"/> kalt   | <input type="radio"/> nass      |
| <input type="radio"/> raus   | <input type="radio"/> runter | <input type="radio"/> weg       |
| <input type="radio"/> Bett   | <input type="radio"/> Stuhl  | <input type="radio"/> Schnuller |
| <input type="radio"/> Brille | <input type="radio"/> Haare  | <input type="radio"/> Schlüssel |
| <input type="radio"/> Tür    | <input type="radio"/> Uhr    | <input type="radio"/> Wasser    |

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

☐ nein ☐ ja

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Vereinbarung über die Inanspruchnahme individueller Gesundheitsleistungen (IGeL)  
[nach § 18 Abs. 8 Nr 2 des Bundes-Mantel-Vertrages für Ärzte (BMV-Ä)]

**Vereinbarung über die objektive Refraktionsbestimmung ("Amblyopiescreening")  
mittels  
Vision Screener plusoptiX S12C**

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

Ich/wir wünsche/n, durch meine behandelnde Ärztin/meinen behandelnden Arzt die folgende Leistung auf privatärztlicher Basis für mein Kind in Anspruch zu nehmen. Diese werden auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wie im Folgenden aufgeführt berechnet.

| Bezeichnung der Leistung                                                | GOÄ-Ziffer | Faktor | Einzelbetrag (€) |
|-------------------------------------------------------------------------|------------|--------|------------------|
| Objektive Refraktionsbestimmung<br>(mit Vision Screener plusoptiX S12C) | A 1259     | 1,75   | 24,68            |
| Gesamtkosten (inklusive Sachleistungen)                                 |            |        | <b>24,68</b>     |

Mir/uns ist bekannt, dass die Leistungen in diesem Fall nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehören und daher die Kosten von meiner Krankenkasse nicht (auch nicht teilweise) übernommen oder erstattet werden können. Der oben genannte Betrag ist somit von mir/uns selbst zu tragen.

Diese Vereinbarung schließe/n ich/wir auf eigenen Wunsch nach umfassender und verständlicher Aufklärung über Art und Umfang der Leistung, ihren Nutzen und eventuelle Risiken sowie ggf. erforderlichen Folgeleistungen.

Mir/uns wurde ausreichend Zeit vor Zustimmung und Inanspruchnahme gegeben.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter