



MOBILE KINDERÄRZTIN
DR. BIRTE LIEBIG

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

W. v. Suchodoletz & S. Sachse

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Geschlecht: Junge Mädchen

Geburtsdatum: _____

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? _____

Sonstige Anmerkungen:



MOBILE KINDERÄRZTIN
DR. BIRTE LIEBIG

Nachfolgend 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"/> Auto | <input type="checkbox"/> Danke |
| <input type="checkbox"/> Boot | <input type="checkbox"/> Apfel | <input type="checkbox"/> Brot |
| <input type="checkbox"/> Kuchen | <input type="checkbox"/> Fisch | <input type="checkbox"/> Katze |
| <input type="checkbox"/> Affe | <input type="checkbox"/> Hose | <input type="checkbox"/> Auge |
| <input type="checkbox"/> Ohr | <input type="checkbox"/> baden | <input type="checkbox"/> Licht |
| <input type="checkbox"/> raus | <input type="checkbox"/> Bett | <input type="checkbox"/> Brille |
| <input type="checkbox"/> Tür | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Opa |
| <input type="checkbox"/> mein | <input type="checkbox"/> Buch | <input type="checkbox"/> Banane |
| <input type="checkbox"/> Butter | <input type="checkbox"/> Keks | <input type="checkbox"/> Maus |
| <input type="checkbox"/> Pferd | <input type="checkbox"/> Bär | <input type="checkbox"/> Jacke |
| <input type="checkbox"/> Bauch | <input type="checkbox"/> Mund | <input type="checkbox"/> Essen |
| <input type="checkbox"/> kalt | <input type="checkbox"/> runter | <input type="checkbox"/> Stuhl |
| <input type="checkbox"/> Haare | <input type="checkbox"/> Uhr | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ball | <input type="checkbox"/> Bitte | <input type="checkbox"/> Zug |
| <input type="checkbox"/> Gurke | <input type="checkbox"/> Milch | <input type="checkbox"/> Eier |
| <input type="checkbox"/> Baum | <input type="checkbox"/> Hase | <input type="checkbox"/> Ente |
| <input type="checkbox"/> Schuhe | <input type="checkbox"/> Hand | <input type="checkbox"/> Nase |
| <input type="checkbox"/> malen | <input type="checkbox"/> Nass | <input type="checkbox"/> weg |
| <input type="checkbox"/> Schnuller | <input type="checkbox"/> Schlüssel | <input type="checkbox"/> Wasser |

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

Ja Nein