

**Beobachtungsbogen  
zur Erfassung von Kindergartenkindern  
mit zentral-auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
mit diesem Screening-Bogen möchten wir Ihnen ein Instrumentarium zur Fixierung von Beobachtungen eines Kindes Ihrer Einrichtung „in die Hand geben“.

Bitte beantworten Sie möglichst alle Items sorgfältig! Im Zweifelsfall überprüfen Sie Ihre Beobachtungen mit denen der Kolleginnen und Kollegen, die das betreffende Kind ebenfalls betreuen.

Die Beobachtungen der Eltern erfassen Sie im Elterngespräch mit **B 1** und **B 2**.

**1.) Angaben zum Kind**

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Nationalität:
Anschrift:	
Erziehungsberechtigte/r:	
Telefon:	

**2.) Angaben zur Kindergarteneinrichtung**

Name der Einrichtung:
Anschrift:
Gruppe:
GruppenleiterIn:
Erfassungszeitraum:

## A 1: Allgemeine Angaben zum Kind

Seit wann in der Einrichtung betreut? \_\_\_\_\_

Einstiegsalter: \_\_\_\_\_ Jahre

Täglicher Betreuungszeitraum: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

### Soziale Situation

- Familiensituation:  Mutter  Vater  
 allein erziehend  
 wechselnde Partner

- Geschwisterkonstellation: \_\_\_\_\_

- Geschwister (Anzahl, Alter): \_\_\_\_\_

- Wohnsituation:  Eigenheim  
 Mehrfamilienhaus  
 Städtische Unterkunft  
 eigenes Zimmer  
 Spielmöglichkeiten (draußen)

- Betreuungssituation:  Mutter berufstätig  Vater berufstätig

Großeltern oder andere Verwandte im Haus

## A 2: Erscheinungsbild des Kindes

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Geschlecht:  m  w

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Statur: \_\_\_\_\_

Körperliche Erscheinung:

- sauber
- ungepflegt

Allgemeines Gesundheitsbild:

- Brillenträger
- Paukenröhrchen
- Obere o. untere Zahnreihe (Schneidezähne) lückenhaft
- Allergien
- häufig verschnupft
- offener Mund
- großer Kopf in Proportion zum Körper
- Extremitäten in Proportion zum Körper

---

---

---

---

### A 3: Körperliche Verhaltensweisen

Motorik, Lateralität	geschickt	ungelenk	schwerfällig
	<input type="checkbox"/> überschießend	<input type="checkbox"/> fällt oft hin	
	<input type="checkbox"/> rechtshändig	<input type="checkbox"/> linkshändig	<input type="checkbox"/> beidhändig
Fertigkeiten:	- Balancieren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	- Einbeinstand	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
	- Hampelmann	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	- erkennt Hindernisse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	- fängt Ball	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> einhändig	<input type="checkbox"/> beidhändig
	- schießt Ball mit dem Fuß	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
	- Parcours fahren mit Auto	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	- Stifthaltung	<input type="checkbox"/> korrekt	<input type="checkbox"/> unverkrampft
		<input type="checkbox"/> mit Druck	<input type="checkbox"/> verkrampft
		<input type="checkbox"/> „Pfötchengriff“	<input type="checkbox"/> schlaff
	- Umgang mit Schere	<input type="checkbox"/> geschickt	
		<input type="checkbox"/> ungeschickt	
	- Perlen auffädeln	<input type="checkbox"/> geschickt	
		<input type="checkbox"/> ungeschickt	
	- Mund-Hand-Koordination	<input type="checkbox"/> altersgemäß	
		<input type="checkbox"/> nicht altersgemäß	
	- Auge-Hand-Koordination	<input type="checkbox"/> altersgemäß	
		<input type="checkbox"/> nicht altersgemäß	

## A 4: Körpersprache

	trifft zu	trifft manchmal zu	trifft selten zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
<b>Gestik, Mimik</b>					
- „redet mit Händen und Füßen“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- „grimassiert“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hände in der/den Tasche/n	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- abwehrend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- abwartend orientierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- offen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Grinsen als Ausdruck von Anerkennung, Zustimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Grinsen als Ausdruck von Häme, Kritik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fordert ungeteilte Aufmerksamkeit durch Zerren, Zappeln etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gefühlsausbrüche mit Treten, Beißen, Schlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Körperspannung</b>					
- keine Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sichtliche Verspannung bei Ansprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- verspannt bei unterschiedlichen Situationen und/oder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bei unterschiedlichen Aufgabenstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## A 5: Sprache

- **Sprachentwicklung:**  altersgemäß  nicht altersgemäß
- **Muttersprachkenntnisse:**  ja  nein
- **ausreichende Deutschkenntnisse:**  ja  nein
- **Wortschatz:**
- a.) **aktiv:**  groß  klein
- b.) **passiv:**  groß  klein
- Einwortsatz  Mehrwortsatz
- vollständige Sätze  Haupt- und Nebensatz
- **Sprachliche Reproduktion:**
- Lied  ja  nein
- Reime  ja  nein
- Erlebtes  ja  nein
- Bildgeschichten  ja  nein
- **Benutzung der Sprache, um sich mitzuteilen:**
- a.) bei Kindern: \_\_\_\_\_
- b.) bei Erwachsenen: \_\_\_\_\_
- **Sprachliche Artikulation:**
- Aussprache  hastig  „verschlucken“
- undeutlich  deutlich
- alle Laute vorhanden  ja  nein
- Fehlbildungen  ja  nein
- einzelne Störungen  Lispeln  Stottern
- Poltern  Näseln

## A 6: Lautheitsempfinden

### Reagieren auf Lautstärke

	trifft zu	trifft manchmal zu	trifft selten zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
- Kind hält sich die Ohren zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kind weint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kind verlässt den Raum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kind nimmt Hilfsangebote nicht oder nur teilweise wahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kind gibt eine Darstellung eigenen Leidens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kind zeigt sich orientierungslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kind lässt sich „treiben“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kind protestiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kind verweigert schon zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kind sucht das Büro auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kind geht weg, wenn andere Personen kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## B 1: Elternbefragung

Datum des Elterngesprächs: \_\_\_\_\_

	trifft zu	trifft manchmal zu	trifft selten zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
1.) Verliert Ihr Kind das Interesse, wenn eine Geschichte vorgelesen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) Lässt sich Ihr Kind gerne vorlesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) Hat Ihr Kind nur eine geringe Ausdauer beim Vorlesen oder beim Abspielen von Hörkassetten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) Reagiert Ihr Kind im Gespräch statt auf die ganze Frage nur auf ein Reizwort (z.B. Wie alt ist dein <b>Bruder</b> ?- Peter)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Ist Ihr Kind leicht durch Geräusche ablenkbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) Versteht Sie Ihr Kind im Gespräch deutlich schlechter, wenn <b>gleichzeitig</b> das Radio/ der Fernseher...eingeschaltet ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) Versteht Ihr Kind in geräuschvoller Umgebung falsch? (z.B. auf der Hauptverkehrsstraße...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.) Hat Ihr Kind Probleme, wenn zwei Personen <b>gleichzeitig</b> sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.) Kann Ihr Kind nicht <b>gleichzeitig</b> auf mehr als einen Sprecher achten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.) Beschwert sich Ihr Kind, dass <b>zu leise</b> gesprochen wird ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.) Verwechselt Ihr Kind ähnlich klingende Worte? (Tanne-Kanne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.) Verwechselt Ihr Kind verschiedene Geräusche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.) Versteht Ihr Kind Informationen oft falsch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## B 2: Elternbefragung

	trifft zu	trifft manchmal zu	trifft selten zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
14.) Fühlt sich Ihr Kind in lauten Situationen (Straße, Hallenbad, Turnhalle, Einkaufsmarkt...) unwohl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.) Ist Ihr Kind empfindlich gegenüber Lärm? (Hält es sich dann z.B. die Ohren zu?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.) Stellt Ihr Kind das Radio/ den Fernseher <b>zu laut</b> ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.) Weiß Ihr Kind immer, wo es suchen soll, wenn es gerufen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.) Guckt Ihr Kind nicht in die (richtige) Richtung, aus der es gerufen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.) Hat Ihr Kind Verständnisprobleme, wenn es den Sprecher nicht sieht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.) Orientiert sich Ihr Kind bei Aufträgen und Anweisungen häufig an Spielkameraden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.) Spricht Ihr Kind nur in kurzen Sätzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.) Klagt Ihr Kind über Kopfschmerzen nach dem Kindergarten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.) Beschwerd sich Ihr Kind über eine <b>zu hohe</b> Lautstärke im Kindergarten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>