

Kindertageseinrichtung/Gruppe

Name, Vorname

Geburtsdatum        
 Tag Monat Jahr

Beobachtungsdatum        
 Tag Monat Jahr

## B. Beobachtungsbogen für Schritt 2

Validierte Grenzsteine der Entwicklung: Ende 72. Lebensmonat<sup>1</sup>

### **Bitte bis spätestens vier Wochen nach dem 6. Geburtstag des Kindes ausfüllen**

<b>Körpermotorik</b>		
1. Einbeiniges Stehen: Mindestens 10 Sekunden lang, bei guter Gleichgewichtskontrolle und ohne deutliches Schwanken, auf rechtem und linkem Bein.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Einbeiniges Hüpfen: Mindestens 8 bis 10-mal mit einem Bein auf der Stelle hüpfen. Gute Gleichgewichtskontrolle bei flüssigem Bewegungsablauf und konstantem Rhythmus. Auf rechtem und linkem Bein.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Ball fangen: Schaumstoffball in der Größe eines Tennisballes oder Tennisball aus 2 m geworfen, kann Kind mit schalenartig geöffneten Händen auffangen (Schalenförmige Stellung der Hände), oder bereits mit pronierten, zuffassenden Händen den Ball fangen. Fünfmaliger Versuch.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Körperbewusstsein</b>		
1. Kleinere Körperteile werden auf Befragen gezeigt (und benannt): Finger, Zehen, Zähne, Knie, Ellbogen, Kinn.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Rechts - Links- Unterscheidungen möglich: Frage nach rechter Hand, linkem Bein, linkem Ohr usw.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Hand-Fingermotorik</b>		
1. Stifthaltung Erwachsener: Der Stift ruht auf dem Mittelfinger und wird beim Abstrich von der Zeigefingerspitze geführt, beim Aufstrich von der Daumenspitze.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Sprachentwicklung</b>		
1. Sechs- bis Achtwort - Sätze, die wichtigsten grammatikalischen Strukturen werden weitgehend beherrscht, nur selten Fehler im Satzbau.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Kleine Erlebnisse oder Berichte können in weitgehend richtiger zeitlicher und logischer Reihenfolge erzählt werden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Kognitive Entwicklung<sup>2</sup></b>		
1. Mensch, Baum, Haus, Fahrrad, Auto können gut erkennbar, mit den wichtigsten Attributen gemalt werden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

<sup>1</sup> Petermann, F., Stein, I.A.(2000): Entwicklungsdiagnostik mit dem ET 6-6. Swets Testservice, Swets u. Zeitlinger, Lisse,NL. + Michaelis,R.(2001),Tübinger Version (noch unpubliziert); Largo,R.H.: Babyjahre, Carlsen, Hamburg 1993. Piper, München.

<sup>2</sup> Tübinger Version

2. Einzelne Buchstaben, der eigene Name, Zahlen können weitgehend richtig geschrieben werden, wenn auch oft noch krakelig (seitenverkehrt ist auch erlaubt).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Soziale Kompetenz</b>		
1. Im Spiel mit anderen Kindern keine Probleme mit Abwechslern. Eingriffe von Erwachsenen sind dazu nicht mehr notwendig.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Zeitweilig hat Kind mindestens über mehrere Wochen eine „beste“ Freundin oder einen „besten“ Freund.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Emotionale Kompetenz</b>		
1. Kind kann seine positiven und negativen Emotionen bei alltäglichen Ereignissen meist selbst regulieren; gewisse Toleranz bei Enttäuschungen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Kind kann andere Kinder aus eigenem Antrieb trösten.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Entwicklung der Selbständigkeit</b>		
1. Bewältigt vertraute Wege alleine (z.B. Kindergarten, Schule, Nachbarn, kleine Besorgungen), überquert dabei selbständig Straßen unter Beachtung der Verkehrsregeln.*	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Kleidet sich alleine an, Schuhe werden seitenrichtig angezogen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

\* bei diesem Punkt ist auch Elternangabe möglich

**Stärken und Schwächen (SDQ-D): Wie gut treffen die folgenden Beschreibungen zu?**

Bitte berücksichtigen Sie bei Ihrer Antwort das Verhalten des Kindes in den letzten sechs Monaten.

		Trifft nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eindeutig zu
1	Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	0	1	2
2	Denkt nach, bevor er/sie handelt	2	1	0
3	Führt Aufgaben zu Ende, gute Konzentrationsspanne	2	1	0
4	Ständig zappelig	0	1	2
5	Leicht ablenkbar, unkonzentriert	0	1	2

<b>Summe:</b>				
---------------	--	--	--	--

**Interpretation:**

(0-5 Punkte)  unauffällig      (6 Punkte)  grenzwertig      (7-10 Punkte)  auffällig

Wie viele Stunden ist das Kind pro Woche in der Kindertageseinrichtung? \_\_\_\_\_ Stunden

**Nimmt das Kind in der Kindertageseinrichtung an einer speziellen Fördermaßnahme teil?**

Sprachförderung:      Nein       Ja  , seit \_\_\_\_\_

Inklusion/Integration:      Nein       Ja  , seit \_\_\_\_\_

Andere Fördermaßnahme      Nein       Ja  , seit \_\_\_\_\_ Art der Maßnahme:

**Stärken des Kindes / sonstige Beobachtungen oder Anmerkungen:**

Datum: \_\_\_\_\_ Name der Erzieherin/des Erziehers: \_\_\_\_\_

In eine Weitergabe des Beobachtungsbogens für Schritt 2 an den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des zuständigen Gesundheitsamtes willige ich ein.

---

Ort, Datum, Unterschrift einer sorgeberechtigten Person