

Name: \_\_\_\_\_ ID-Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ männlich  weiblich 

Ausgefüllt von: Mutter / Vater / Fachperson: \_\_\_\_\_

Bitte betrachten Sie das Verhalten Ihres Kindes in den letzten zwei Wochen und beurteilen Sie, wie häufig jede Feststellung auf Ihr Kind zutrifft.

<i><b>In der Schule</b></i>	<b>immer</b>	<b>oft</b>	<b>manch- mal</b>	<b>Nie</b>
1. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind mit den meisten Kindern in der Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind mit ausgewählten Kindern (seinen Freunden / Freundinnen) in der Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mein Kind antwortet auf Fragen des Lehrers.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wenn es angebracht ist, stellt mein Kind seinem Lehrer/ seiner Lehrerin Fragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind mit den meisten Lehrern oder Mitarbeitern in der Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind in Gruppen oder vor der Klasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i><b>Zuhause / in der Familie</b></i>	<b>Immer</b>	<b>oft</b>	<b>manch- mal</b>	<b>Nie</b>
7. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind mit Familienmitgliedern, wenn andere Leute dabei sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind in nicht vertrauten Plätzen mit Familienmitgliedern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind mit Familienmitgliedern, die nicht mit ihm zusammen leben (z. B. Grosseltern, Cousins).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind mit seinen Eltern und Geschwistern über das Telefon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind mit Freunden der Familie, die es gut kennt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Mein Kind spricht mit mindestens einem Babysitter.

Trifft nicht zu :

***In sozialen Situationen (ausserhalb der Schule)***

- |   | <b>Immer</b>             | <b>oft</b>               | <b>manchmal</b>          | <b>Nie</b>               |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind mit anderen Kindern, die es nicht kennt.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind mit Freunden der Familie, die es nicht kennt.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind mit seinem Arzt oder Zahnarzt.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind mit Verkäufern / Verkäuferinnen oder Kellnern / Kellnerinnen (Service im Restaurant). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind in Vereinen, Mannschaften oder bei organisierten Aktivitäten ausserhalb der Schule.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Trifft nicht zu :

***Beeinträchtigung / Belastung\****

- |  | <b>Überhaupt nicht</b>   | <b>leicht</b>            | <b>mittelgradig</b>      | <b>sehr stark</b>        |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18. Wie sehr beeinträchtigt das Nicht-Sprechen den Schulbesuch Ihres Kindes?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Wie sehr beeinträchtigt das Nicht-Sprechen die familiären Beziehungen?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Wie stark beeinträchtigt, das Nicht-Sprechen Ihr Kind in sozialen Situationen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Wie stark beeinträchtigt das Nicht-Sprechen das Leben Ihres Kindes insgesamt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Wie stark stört das Nicht-Sprechen Ihr Kind insgesamt?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Wie stark stört das Nicht-Sprechen Sie insgesamt?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\* Diese Merkmale werden beim Gesamtwert nicht berücksichtigt und dienen nur klinischen Zwecken.