

## Diagnosebogen Kindergarten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Dat.: \_\_\_\_\_  
KG-Jahr: \_\_\_\_\_ Lehrperson / Tel. KG: \_\_\_\_\_ KG: \_\_\_\_\_  
Datum Abkl.: \_\_\_\_\_  
Name Fachperson Logopädie: \_\_\_\_\_

### 1 SPRACHLICHE KOMPETENZEN

**1.1 Sprachverständnis** altersgemäss auffällig retardiert  
situativ, nicht situativ, absurd, Schlüsselwortinterpretation,     
zusammenhängendes Verstehen

**1.2 Sprachproduktion**  
**Phonetisch-phonologische Ebene**     
Lautbildung, Lautanwendung, phonologische Bewusstheit

**Morphologisch-syntaktische Ebene**     
Wort- und Satzbildung, Grammatik

**Semantisch-lexikalische Ebene**     
Bedeutung, Wortschatz, Begriffsbildung

**Pragmatisch-sozial-kommunikative Ebene**     
Blickkontakt, Fragen stellen, nachfragen, Wünsche äussern  
Informationen geben, Gespräch führen

### 2 SYMBOLISCHE KOMPETENZEN

Bilder verstehen, Spielverhalten altersgemäss auffällig retardiert

### 3 WAHRNEHMUNGSFUNKTIONEN

#### 3.1 Auditive Wahrnehmung

##### Differenzierung

Phonologische Bewusstheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reimwörter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monroe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### Erfassungsspanne

Sätze nachsprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschichte nacherzählen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silben nachsprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahlverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahlenreihen nachsprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nonverbale Erfassungsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Serialität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

#### 3.2 Visuelle Wahrnehmung

Stereosehen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
-------------	-----------------------------	-------------------------------	--

Differenzierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Erfassungsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Figur- Hintergrund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

#### 3.3 Taktil-kinästhetische Wahrnehmung

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

### 4 RAUMERFASSUNG / MENGENVERSTÄNDNIS

Bauen nach Plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mengenverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 5 MOTORISCHE FUNKTIONEN

#### 5.1 Grossmotorik / Feinmotorik

Tonus	euton <input type="checkbox"/>	hyper <input type="checkbox"/>	hypo <input type="checkbox"/>
Gleichgewicht	stabil <input type="checkbox"/>		instabil <input type="checkbox"/>
Koordination	unauffällig <input type="checkbox"/>		auffällig <input type="checkbox"/>
Planung / Steuerung	unauffällig <input type="checkbox"/>		auffällig <input type="checkbox"/>
Mitbewegungen	wenig <input type="checkbox"/>	assozierte tonische Mitb. <input type="checkbox"/>	

#### 5.2 Mundmotorik

Tonus, Planung/Steuerung, Koordination,	unauffällig	auffällig
---	-------------	-----------

Lippen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiefer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mitbewegungen ..... Schluckmuster .....

Speichelfluss ..... Mundatmung .....

**Sprechorgane**

Zahnstellung ..... Zahnwechsel .....

**Sprechstellenwechsel**

Tempo, Genauigkeit, Automatisierung

	möglich	Angleichungen	zerfällt
Silbenebene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wortebene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5.3**

**Graphomotorik**

Stifthaltung, Druck

unauffällig	auffällig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5.4**

**Dominanz**

Hand	rechts <input type="checkbox"/>	links <input type="checkbox"/>	unsicher <input type="checkbox"/>
Auge	rechts <input type="checkbox"/>	links <input type="checkbox"/>	unsicher <input type="checkbox"/>
Ohr	rechts <input type="checkbox"/>	links <input type="checkbox"/>	unsicher <input type="checkbox"/>
Fuss	rechts <input type="checkbox"/>	links <input type="checkbox"/>	unsicher <input type="checkbox"/>

**5.5**

**Augenmotorik**

Fixation	ca. 10" möglich <input type="checkbox"/>	n.möglich <input type="checkbox"/>
Augenfolgebewegung	unauffällig <input type="checkbox"/>	auffällig <input type="checkbox"/>
Konvergenz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

**6**

**INTERMODALE FUNKTIONEN**

altersgemäss	auffällig	retardiert
--------------	-----------	------------

**6.1**

**Visuomotorik**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

**6.2**

**Gestalterfassung**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

**7**

**KOGNITION**

über-	unter-	durchschnittlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8**

**REDEFLUSS**

Wiederholungen	Phrasen <input type="checkbox"/>	Wörter <input type="checkbox"/>	Silben <input type="checkbox"/>	Laute <input type="checkbox"/>
Dehnungen		nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Blockaden		nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Sprachkonzeption (Poltern)		unauffällig <input type="checkbox"/>	auffällig <input type="checkbox"/>	

**9**

**MUTISMUS**

elektiv	in bestimmten Situationen <input type="checkbox"/>	in d. Familie <input type="checkbox"/>	im KG <input type="checkbox"/>
---------	--	--	--------------------------------

**10 STIMME**  
Dysphonie belegt  heiser  gepresst

**11 NASALITÄT**  
Rhinolalia aperta  clausa  mixta

**12 SELBSTPORTRÄT / ZEICHNUNG**

**13 WEITERE ASPEKTE / BEMERKUNGEN**  
Strategien / Problemlöseverhalten / Arbeitsverhalten

**14 SUBJEKTIVE EINSCHÄTZUNG DER INTERAKTION**

**15 LOGOPÄDISCHE DIAGNOSE**

.....  
.....  
.....

**16 EMPFOHLENE MASSNAHMEN**

Keine  Kontrolle  Beratung  Therapie  andere: .....

Anzahl Lektionen: ..... Dringlichkeit: ..... Beginn ab: .....

Weitere Abklärungen durch: .....

Bemerkungen: .....

.....

.....

**17 THERAPIEZIELE**

.....  
.....  
.....  
.....