



Elternfragebogen für Kinder von 0 -2 Jahren

Liebe Eltern,

da Sie die Personen sind, die Ihr Kind am besten kennen, bitten wir Sie diesen Fragebogen auszufüllen. Sie helfen uns damit sehr, Ihr Kind kennen zu lernen und die weitere Beratung und Förderung zu planen. Herzlichen Dank!

Allgemeine Angaben

Familienname des Kindes:..... Vorname:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geboren am:..... in:
Staatsangehörigkeit:.....
Wohnhaft bei: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Adoptiveltern <input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> im Heim
PLZ / Wohnort:..... Straße:.....
Name der Mutter:Vorname.....
Geboren am:..... in:Staatsangehörigkeit:.....
Straße / Ort:.....
Telefon: E-Mail:.....
Muttersprache:..... Beruf:.....
Name des Vaters:Vorname.....
Geboren am:..... in:Staatsangehörigkeit:.....
Straße / Ort:.....
Telefon: E-Mail:.....
Muttersprache:..... Beruf:.....
Sorgeberechtigte/r: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/>

Betreuender Kinderarzt:

.....

Vorstellungsgrund

Warum möchten Sie Ihr Kind in der Frühförderstelle vorstellen?

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

Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an die Frühförderung?

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

Welche schwierigen Situationen gibt es im Alltag mit Ihrem Kind?

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

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Durch: eigene Initiative Kinderarzt Kindergarten Sonstige:.....

War Ihr Kind schon einmal in Behandlung (z.B. Physiotherapie, Logopädie, Osteopathie, andere Maßnahmen)? ja nein

Wenn ja, welche?.....

Bei wem?.....wann?.....

Wurde Ihr Kind bereits an anderer Stelle vorgestellt? (SPZ etc.) ja nein

Wenn ja, bei welcher?.....

.....

Erhält das Kind bereits Fördermaßnahmen im Kindergarten? ja nein

Ist für Ihr Kind im Kindergarten bereits ein Antrag auf Einzelintegration gestellt worden?

ja nein

Wenn ja, bei am

Kostenträger

Datum der Antragstellung

Fragen zu Schwangerschaft und Geburt

In welcher Schwangerschaftswoche wurde das Kind geboren: SSW

Geburtsgewicht:g Länge:cm Kopfumfang:cm APGAR:

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft (z.B. HELLP-Syndrom, Infektionen, Blutungen)? ja nein

Wenn ja, welche:

Mussten während der Schwangerschaft Medikamente eingenommen werden?

ja nein

Wenn ja, welche:

Gab es Komplikationen bei der Geburt bei Mutter oder Kind (Nabelschnurvorfal oder -umschlingung, Blaufärbung der Haut, Blutungen etc.)?

ja nein

Wenn ja, welche:

Musste das Kind innerhalb der ersten 7 Lebenstage in eine Kinderklinik verlegt werden?

ja nein

Wenn ja, wohin und weshalb:.....

Hat das Kind in den ersten Tagen und Wochen gut getrunken? ja nein

Fragen zur Entwicklung des Kindes

Motorische Entwicklung

In welchem Alter ist Ihr Kind gekrabbelt? Monate ist nicht gekrabbelt

In welchem Alter ist ihr Kind frei gelaufen? Monate

Mit welchen Fahrzeugen kann sich Ihr Kind fortbewegen?

BobbyCar Laufrad Fahrrad Tretfahrzeuge:

Sonstiges:

Sprachliche Entwicklung

Welche Sprache sprechen Sie zu Hause? Deutsch Andere:

Wie spricht Ihr Kind? Einzelne Worte Sätze spricht nicht

Versteht man es gut? ja nein

Selbständigkeit

Isst Ihr Kind bereits feste Kost? ja nein teilweise

Kann Ihr Kind bereits selbstständig essen? ja nein teilweise

Was isst Ihr Kind gerne?
.....

Trinkt Ihr Kind noch aus der Nuckelflasche (Sauger)? ja nein manchmal

Kann Ihr Kind aus einem Becher trinken? ja nein

Hat Ihr Kind noch einen Schnuller? tagsüber zur Beruhigung zum Einschlafen

Emotional-soziale Entwicklung

Hat Ihr Kind als Baby viel geschrien? ja nein

Hat Ihr Kind häufig Trotzanfälle? ja nein

Kann sich Ihr Kind selbst beruhigen? ja nein

Ist Ihr Kind sehr ängstlich? ja nein

Hat Ihr Kind Probleme sich von Ihnen zu trennen? ja nein

Kann sich Ihr Kind für eine Zeit lang (15-30 Min.) selbst beschäftigen? ja nein

Kann Ihr Kind alleine einschlafen? ja nein

Ist Ihr Kind sehr unruhig oder zappelig? ja nein

Wie schätzen Sie Ihr Kind im Bewegungsverhalten ein? eher ängstlich aktiv waghalsig

Was spielt Ihr Kind gerne zu Hause:
.....
.....

Wie lange schaut Ihr Kind täglich Fernsehen? Minuten

Lesen Sie Ihrem Kind regelmäßig vor? ja nein

Angaben zu Gesundheit des Kindes

Welche der unten angeführten Krankheiten hatte oder hat Ihr Kind?

Hörstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Atemwegsinfekte oder Erkältungskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mittelohrentzündungen, Ohrenschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sehstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bewegungsauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hirnhautentzündung (Meningitis, Hirnentzündung, Enzephalitis)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Neurodermitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hüftgelenksfehlbildung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krampfanfälle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegen andere Erkrankungen vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche:		
.....		

Angaben zur Familiengeschichte

Anzahl der Geschwister (Name, Alter):

1. 2.
3. 4.

Gibt es in Ihrer Familie / Verwandtschaft Erkrankungen, mit besonders schwerem oder / und chronischem Verlauf?

.....
.....

Angaben zur Berufstätigkeit der Eltern und zur Betreuung des Kindes

Ist die Mutter berufstätig: nein stundenweise halbtags ganztags Schichtarbeit

Ist der Vater berufstätig: nein stundenweise halbtags ganztags Schichtarbeit

Wer betreut das Kind überwiegend: Mutter Vater Großeltern Tagesmutter

Besucht das Kind eine Krippe / einen Kindergarten: ja nein

Wenn ja – Name/Ort des Kindergartens

seit wann:..... Wie viele Stunden pro Tag:.....