

Fragebogen für Eltern / Personensorgeberechtigte
zum Lebensumfeld, zur Entwicklung und zum Verhalten des Kindes;

Zur Familie:

Name: Mutter: Vater:

Geb. Datum: _____

Beruf _____

Name des Kindes _____

Geb. Datum des Kindes _____

Erreichbarkeit tagsüber _____ **Tel. Nr.:** _____

Das Kind ist leibliches Kind in Pflege oder Heimerziehung

Wer hat das Sorgerecht? _____

Die Eltern leben zusammen leben getrennt seit _____

Bei Trennung der Eltern: Kontakt zum Elternteil, bei dem das Kind nicht lebt, besteht:

regelmäßig unregelmäßig Kontakt zuletzt: _____

Geschwister

	Vorname	Geb.dat.	Schulart/Kindergarten
1. Geschwister			
2. Geschwister			
3. Geschwister			
4. Geschwister			

Halbgeschwister

	Vorname	Geb.dat.	Kontakt ja/nein
1. Geschwister			
2. Geschwister			
3. Geschwister			
4. Geschwister			

Mit wem lebt das Kind zurzeit in häuslicher Gemeinschaft?

Besteht eine besondere Rivalität zwischen Geschwistern die in häuslicher Gemeinschaft leben?

ja nein

Wenn ja, wie zeigt sich die Rivalität?

Gibt es weitere wesentliche Bezugspersonen für das Kind?

Falls ja, welche? _____

Kontakt besteht regelmäßig unregelmäßig

Gibt es in der Familie seelische Erkrankungen _____ ja nein

Ist ein Elternteil : verstorben schwer erkrankt chronisch erkrankt

Wer und seit wann an welcher Krankheit? _____

Wohnverhältnisse

Empfinden Sie Ihre Wohnverhältnisse als ungünstig? ja nein

Verfügt Ihr Kind über ein eigenes Zimmer? ja nein

Das Kind teilt sich sein Zimmer mit _____

Sind Sie seit Geburt des Kindes umgezogen? Nein _____ mal

Zur Entwicklung des Kindes

Bitte beantworten Sie folgende Fragen, evtl. unter Zuhilfenahme des Mutterpasses und des Vorsorgeheftes.

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, welche? _____

In welcher Schwangerschaftswoche wurde ihr Kind geboren? _____ SSW

APGAR Werte _____

Gab es Komplikationen während der Geburt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Probleme direkt nach der Geburt
(z. B. Infektionen, Gelbsucht, Trinkprobleme) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Ist Ihr Kind gekrabbelt? ja mit _____ Monaten nein

In welchem Alter konnte Ihr Kind frei laufen? Mit ca. _____ Monaten

Wann wurde Ihr Kind sauber / trocken?

tagsüber _____ nachts _____

Gab es Rückfälle? ja nein

Wenn ja, wann und in welchem Zusammenhang:

Gibt es Auffälligkeiten im Bereich des **Hörens**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wurde Ihr Kind schon einmal einem HNO-Arzt vorgestellt? ja nein

Wann zuletzt: _____

Wurde eine Diagnose gestellt? ja nein

Falls bekannt, welche? _____

Wann? _____

Ist die **Sprache**ntwicklung altersgemäß? ja nein

Wenn nein, welche Auffälligkeiten gab / gibt es, z. B.

später Beginn

undeutliche Aussprache

falscher Satzbau

andere: _____

In welchem Alter sprach Ihr Kind die ersten Worte? _____

Wächst ihr Kind zweisprachig auf? ja nein

Wenn ja, mit welchen Sprachen? _____

Gibt es Auffälligkeiten im Bereich des **Sehens**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wurde Ihr Kind schon einmal einem Augen-Arzt vorgestellt? ja nein

Wann zuletzt: _____

Wurde eine Diagnose gestellt? ja nein

Falls bekannt, welche? _____ wann? _____

Wie schätzen Sie den Entwicklungsverlauf Ihres Kindes ein?

1. Insgesamt normale Entwicklung wie andere Kinder seines Alters

2. Insgesamt verzögerte Entwicklung, entwickelt sich langsamer als andere Kinder

3. Insgesamt schneller Entwicklungsverlauf, ist meist weiter als andere Kinder

4. Momentan besteht ein Entwicklungsstillstand oder sogar -rückgang

Zu 2- 4 Wenn ja, in welchem Bereich: _____

Welche besonderen Krankheiten hat Ihr Kind in welchem Alter durchgemacht?

Anfallsleiden Alter: _____

allergische Erkrankungen Alter: _____

Stoffwechselerkrankungen Alter: _____

andere: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Bereits erfolgte Diagnostik:

Wurde Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus behandelt? ja nein

Wenn ja, wann und warum? _____

Wurde bei Ihrem Kind bereits eine umfassende Entwicklungsdiagnostik durchgeführt?

ja nein

Falls ja:

Wann:

Diagnostikzentrum (z.B. WOI, Pelzerhaken, UKE, IKE)

in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz/Praxis

Neurologen/Psychologen:

Sonstiges: _____

Zur Vorsorgeuntersuchung U8 und U9 können Sie von den Kitas das zusätzliche Vorsorgeangebot, den „Kitavorsorgebogen“ in Anspruch nehmen. Haben sie das Angebot genutzt?

ja nein

Bitte reichen Sie Kopien der Berichte von Fachärzten, die in der Regel Ihrem Kinderarzt vorliegen, mit ein. Bitte senden Sie auch andere Berichte, beispielsweise vom Therapeuten mit.

Welche Hilfen erhielt Ihr Kind bisher bzw. erhält es noch?

	von	Bis
Krankengymnastik		
Heilpädagogische Hilfen (Eingliederungshilfe)		
<input type="checkbox"/> Frühförderung		
<input type="checkbox"/> Interdisziplinäre Frühförderung (IFF)		
<input type="checkbox"/> Maßnahme in einer Kindertagesstätte		
Logopädie/Sprachheiltherapie		
Ergotherapie		
Psychomotorik		
Psychotherapie/Spieltherapie		
Sonstige:		

Haben Sie oder erhalten Sie noch Hilfen über das Jugend- oder Sozialamt?

Familientlastender Dienst: nein ja von-bis: _____
Familienhilfe: nein ja von-bis: _____
Erziehungsberatung: nein ja _____

Kontakt- und Freizeitverhalten:

Wie begegnet Ihr Kind fremden Erwachsenen? _____

Wie verhält sich Ihr Kind fremden Kindern gegenüber? _____

Wie schätzen Sie die Kontakte Ihres Kindes zu ihren/seinen Freunden ein?

- hat 1-2 gute Freunde
- hat mehrere gute Freunde
- spielt mit vielen Kindern, hat aber keine festen Spielkontakte
- hat keine Freunde
- spielt lieber alleine
- spielt überwiegend mit gleichaltrigen Kindern
- spielt überwiegend mit älteren Kindern
- spielt überwiegend mit jüngeren Kindern

Bestehen im Kontakt zu anderen Kindern besondere Schwierigkeiten? ja nein

Falls ja, welche? _____

Was sind die Interessen ihres Kindes? Womit beschäftigt es sich gerne?

Beim Freispiel zu Hause _____
Beim Spielen im Freien _____
Beim Spiel mit der Mutter _____
Beim Spiel mit dem Vater _____
Beim Spiel mit anderen Kindern _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßige Freizeitaktivitäten wahr?
(z. B. Sportverein, musikalische Früherziehung, Krabbelgruppe etc.)

ja nein

Falls ja, welche und wie oft? _____

Tägliches Fernsehen? nein ja Dauer: _____ Stunden

Tägliches Spielen z.B. mit PC, Playstation? nein ja Dauer: _____ Stunden

Bitte schildern Sie das Verhalten Ihres Kindes zuhause:

Bitte schildern Sie das Verhalten Ihres Kindes im Kindergarten:

Bitte schildern Sie in Ihren eigenen Worten, weshalb Sie für Ihr Kind einen Antrag für heilpädagogische Betreuung (Eingliederungshilfe) gestellt haben:

Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an die beantragte Maßnahme:

Ort, Datum

Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Wir danken Ihnen für ihre Mitarbeit und Unterstützung.