

Elternfragebogen

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Geboren am: _____

Anschrift: _____

Name der Mutter: _____

Name des Vaters: _____

Telefon privat: _____ dienstlich: _____

Handy Mutter: _____ Handy Vater: _____

E-Mail Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Hauptversicherter: _____

Anschrift / Privatversichert: _____

Behandelnder Kinderarzt / Arzt: _____

Anlass der Anmeldung in der Frühförderung:

Familiensituation

Eltern leben:

zusammen getrennt geschieden alleinerziehend

Name und Geburtsdaten der Geschwister:

Weitere wichtige Bezugspersonen für das Kind:

Kindergarten / Krippe: _____

Anschrift: _____

Besucht seit: _____

Name der Gruppe: _____

Name der Erzieher/-innen: _____

Kindergartenzeit:

Montag von _____ bis _____

Dienstag von _____ bis _____

Mittwoch von _____ bis _____

Donnerstag von _____ bis _____

Freitag von _____ bis _____

Regelmäßige Termine des Kindes:

Medizinische Information über Ihr Kind

Bisherige Untersuchungen:

Untersuchung	Datum	Auffällig	Unauffällig
Hörtest			
Sehtest			
Neurologische Untersuchung			
Sonstige Untersuchung			

Auffälligkeiten bei den Vorsorgeuntersuchungen:

Bisherige Therapien:

Versorgung mit Hilfsmitteln (Brille, Hörgeräte, orthopädischen Hilfsmittel usw.)

- Nein
- Ja, welche? _____

Leidet Ihr Kind an einer chronischen Erkrankung oder an der Folge eines zurück-liegenden Ereignisses (z.B.: Sturz, Unfall, Anfallsleiden, Flucht der Familie, etc.):

Allergien: _____

Dauermedikation: _____

Schwangerschaft und Geburt

Termingeburt

Frühgeburt SS-Woche: _____ Geburtsgewicht: _____

Schwangerschaftskomplikationen:

Nein Ja Welche? _____

Geburtskomplikationen:

Nein Ja Welche? _____

Neugeborenen- und Säuglingszeit

Ernährung

Nein Ja Welche? _____

Wurde Ihr Kind gestillt? Ja, wie lange?

Nein, warum nicht?

Spuckkind? Ja Nein

Nahrungsmittelunverträglichkeiten / Allergien: _____

Ein- oder Durchschlafstörungen

Hat Ihr Kind Probleme beim Einschlafen oder Durchschlafen?

Nein Ja Welcher Art? _____

Stimmungslage

- gelassen, ruhig
- unruhig, viel geschrien
- häufig unzufrieden wirkend
- schwierig zu beruhigen
- reizempfindlich / schreckhaft
- Sonstiges

Gab es Besonderheiten in der Kontaktaufnahme des Babys zur Außenwelt (z.B. Blickkontakt, Reaktion auf Berührung und Geräusche)?

Schwere Erkrankungen

Hat Ihr Kind schwere Erkrankungen?

Nein Ja Welche? _____

Entwicklung des Kindes

Motorische Entwicklung

Spielt Ihr Kind gerne in Bauchlage? Ja Nein abgelehnt

Wie war die Körperspannung Ihres Kindes als Säugling? normal schlaff fest

Sitzen mit ca. _____ Monaten

Krabbeln mit ca. _____ Monaten wie lange? _____

Freies Laufen mit ca. _____ Monaten

Wie bewegt sich Ihr Kind?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> wenig | <input type="radio"/> normal viel |
| <input type="radio"/> zu viel / kein „Sitzfleisch“ | |
| <input type="radio"/> gern | <input type="radio"/> ungern |
| <input type="radio"/> ausdauernd | <input type="radio"/> ermüdet schnell |
| <input type="radio"/> mutig | <input type="radio"/> ängstlich |
| <input type="radio"/> geschickt, sicher | <input type="radio"/> unfallgefährdet |
| <input type="radio"/> es läuft auf den Zehenspitzen | |
| <input type="radio"/> sicheres Treppensteigen | <input type="radio"/> unsicheres Treppensteigen |

Welche Bewegungen mag Ihr Kind?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> getragen werden | <input type="radio"/> Laufrad |
| <input type="radio"/> schaukeln | <input type="radio"/> Roller |
| <input type="radio"/> kreiseln | <input type="radio"/> Dreirad |
| <input type="radio"/> klettern | <input type="radio"/> Fahrrad <input type="radio"/> mit Stützrädern |
| <input type="radio"/> hüpfen | <input type="radio"/> im Auto gefahren zu werden |

Spielt Ihr Kind gerne draußen und wie regelmäßig?

Ja Nein täglich wo? _____

Besucht Ihr Kind Sport,- oder Freizeitangebote?

Nein

Ja, welche? _____

Mundmotorik

Hat Ihr Kind Probleme beim Saugen, Trinken und/oder Schlucken?
(z.B. schwaches Saugen, häufig sehr kleine Menge zu sich genommen) ja nein

Hat es gewürgt? ja nein

Saugte es an einem Schnuller, Daumen, Schmusetuch etc.? ja nein

Welche Vorlieben oder Abneigungen hat Ihr Kind beim Essen?

War/ist Ihr Kind eher empfindlich oder unempfindlich im Mundbereich? _____

Atmet es häufig durch den Mund? ja nein

Feinmotorik

Welche Hand bevorzugt Ihr Kind? rechts links keine

Beschäftigt sich Ihr Kind gerne mit feinmotorischen Tätigkeiten, wie malen, schneiden, fädeln?

ja nein

Malt Ihr Kind bereits gegenständlich? (Haus, Baum, Männchen)

ja nein

Kraftdosierung beim Malen mit viel Druck verkrampft normal zaghaft

Wie ist seine Stifthaltung? mit der Faust mit vielen Fingern wie Erwachsene

Kann es bereits an einer Linie ausmalen oder ausschneiden?

ja nein

Geschicklichkeit bei feinmotorischen Tätigkeiten geschickt ungeschickt

Sprachliche Entwicklung

Hat Ihr Kind im 1. Lebensjahr viel und gerne mit seiner Stimme experimentiert?

ja nein

Wann sprach es die ersten Worte? _____

Wann kamen die ersten Zweiwortsätze? _____

Stellt Ihr Kind eher viele oder wenige Fragen? eher viele eher wenige

Wie erleben Sie das sprachliche Verhalten Ihres Kindes?

spricht gerne spricht wenig

spricht gut verständlich

verwaschene Aussprache

viele Grammatikfehler

Sonstiges _____

Erzählt Ihr Kind über Erlebtes?

ja nein

Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind Gesagtes versteht?

ja nein

Hört Ihr Kind (beim Vorlesen) gut zu?

ja nein

Kann Ihr Kind Vorgelesenes nacherzählen?

ja nein

Hört es gerne CDs an?

ja nein

Entwicklung des Spiel- und Sozialverhaltens

Mit wem spielt Ihr Kind?

- Geschwister
- jüngere Kinder
- Gleichaltrige
- ältere Kinder
- Erwachsene
- alleine

Hat Ihr Kind Freunde?

ja nein

Bleibt Ihr Kind ausdauernd bei einer Sache oder wechselt es häufig die Spielsachen?

ausdauernd wechselt häufig

Spielt es fantasievoll (mit eigenen Ideen)?

ja nein

Was spielt Ihr Kind zurzeit am liebsten? _____

Welche Spiele / Spielsachen mag Ihr Kind gar nicht? _____

Umgang mit Bilderbüchern? schaut gerne an schaut sie oberflächlich an

Legt Ihr Kind gerne Puzzle?

ja nein Wie viele Teile? _____

Spielt Ihr Kind gerne mit Knete / Sand / Matsch?

ja nein

Kommt es zu Ihnen und sucht Zärtlichkeit?

- ja nein

Lässt es sich streicheln / massieren?

- ja mag es nicht

Wie reagiert es auf (plötzliche) Berührungen?

- es erschrickt
 unangenehm, aber nicht schlimm
 beachtet / bemerkt es nicht
 es reagiert aggressiv

Schmerzempfindlichkeit:

- normal
 hoch
 auffallend unempfindlich

Ist Ihr Kind auffallend geruchsempfindlich?

- ja nein

Wie verhält sich Ihr Kind in Konfliktsituationen?

- häufig Wutausbrüche
 gibt nach
 zieht sich zurück
 schlägt sich oder andere
 schreit
 Sonstiges _____

Kann Ihr Kind Regeln verstehen und befolgen?

- ja nein, es fällt ihm schwer

Es hat einen extremen eigenen Willen?

- ja nein

Kommt Ihr Kind Aufforderungen nach?

- ja nein, verweigert oft mehrfache Aufforderung notwendig

Stimmung und Verhalten?

- Plötzliche Stimmungsschwankungen
 motorische Unruhe
 antriebsarm

Ihr Kind ist oft eifersüchtig?

- ja nein

Es hält Distanz gegenüber Fremden?

- ja nein

Umgang mit elektronischen Medien

Wie lange sieht Ihr Kind durchschnittlich täglich Fernseh / DVDs? _____

Welche Sendungen sieht Ihr Kind? _____

Mit wem? _____

Spielt Ihr Kind elektronische Spiele?

- | | | |
|------------------------------------|--------------------|-------|
| <input type="radio"/> am PC | wie lange täglich? | _____ |
| <input type="radio"/> am Tablet | wie lange täglich? | _____ |
| <input type="radio"/> Play-Station | wie lange täglich? | _____ |
| <input type="radio"/> Gameboy | wie lange täglich? | _____ |

Selbstständigkeit

- | | | | |
|---|--------------------------|---|---------------------------------|
| Beim Ausziehen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> mit Hilfe |
| Beim Anziehen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> mit Hilfe |
| Beim Schleife binden | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> mit Hilfe |
| Öffnen von Verschlüssen
(Knöpfe, Reisverschluss, Schleife) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> mit Hilfe |
| Beim Hände waschen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> mit Hilfe |
| Beim Essen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein, es wird gefüttert | <input type="radio"/> mit Hilfe |
| Mit Besteck essen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> mit Hilfe |
| Beim Zähne putzen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> mit Hilfe |
| Beim Toilettengang | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> mit Hilfe |

Ist Ihr Kind tagsüber / nachts sauber?

tagsüber nachts seit wann? _____

Nässe es sich noch ein? tagsüber nachts

Kann es sich gut räumlich orientieren? (z.B. Wiederfinden eines Spielraumes im Restaurant?)

ja nein mit Hilfe

Schlafgewohnheiten

In welchem Zimmer schläft Ihr Kind?

allein im elterlichen Bett _____

Wie schläft es?

normal viel wenig ohne festen Rhythmus

Gibt es besondere Schlaf / Einschlafgewohnheiten? _____

Was mögen Sie besonders an Ihrem Kind?

Womit hat Ihr Kind Schwierigkeiten?

Wie geht Ihr Kind mit Schwierigkeiten um?

Welche Stärken und Fähigkeiten hat es?

Was wünschen Sie sich für die Entwicklung Ihres Kindes?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Datum: _____

ausgefüllt von: _____