



**Elternfragebogen für Kinder
von 3 – 6 Jahren
der
Caritas Frühförderstelle GEO-HAS-SW-EBN**



Liebe Eltern,

mit diesem Fragebogen erhalten Sie von uns ein umfangreiches Schriftstück, dessen Bearbeitung von Ihnen sicherlich einen gewissen Aufwand erfordert. Wir danken Ihnen für diese Mühe!

Da Sie die Personen sind, die Ihr Kind am besten kennen, unterstützen Sie uns durch Ihre Angaben bei unserer Beratung und leisten dadurch einen entscheidenden Schritt zu einer effektiven Beratung und Förderung Ihres Kindes.

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen, sowie das gelbe U-Heft und bereits vorliegende Arztberichte zum ersten Beratungstermin mit.

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: <input type="checkbox"/> eigene Initiative <input type="checkbox"/> Kinderarzt <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Sonstige:.....		
War Ihr Kind schon einmal in Behandlung (z.B. Physiotherapie, Logopädie, Osteopathie, andere Maßnahmen)?	ja	nein
Wenn ja, welche?..... Bei wem?.....wann?.....		
Besteht bei Ihrem Kind ein Impfschutz gegen folgende Infektionskrankheiten?		
Masern	ja	nein
Röteln	ja	nein
Tetanus	ja	nein
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

Fragen zu Schwangerschaft und Geburt

In welcher Schwangerschaftswoche wurde das Kind geboren:		
	 SSW
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 (Nabelschnurvorfall oder -umschlingung, Blaufärbung der Haut, Blutungen etc.)?	ja	nein
Wenn ja, welche:		

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	Lauftrad	Fahrrad
	Tretfahrzeuge:		Sonstiges:
Ist Ihr Kind	Rechtshänder	Linkshänder	noch nicht klar
Kann Ihr Kind mit Stift und Schere umgehen?	mit beidem	nur mit Stift	nur mit Schere

Sprachliche Entwicklung

Welche Sprache sprechen Sie zu Hause?	Deutsch	Andere:
Wie spricht Ihr Kind? (Einzelne Worte, Sätze..) Versteht man es gut?		
.....		
.....		
.....		
.....		

Selbständigkeit

Ist Ihr Kind schon sauber?	ja	nein	nur tagsüber
Seit wann:.....			
Kann sich Ihr Kind alleine an- und ausziehen?	ja	nein	
Kann Ihr Kind bereits selbstständig essen?	ja	nein	Teilweise
Was isst Ihr Kind gerne:			
Trinkt Ihr Kind noch aus der Nuckelflasche (Sauger)?	ja	nein	nur 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			
Kann Ihr Kind Gefahren gut einschätzen?	ja	nein			
Übernimmt Ihr Kind im Spiel eine Rolle (z.B. Prinzessin, Ritter usw.)?	ja	nein			
Hat Ihr Kind Freunde?	ja	nein			
Ist Ihr Kind in einem Verein (Sportverein, Musikgarten, usw.)?	ja	nein			
Wie schätzen Sie Ihr Kind im Bewegungsverhalten ein?	eher	ängstlich	aktiv	waghalsig	
Was spielt Ihr Kind gerne zu Hause:					
Wie lange benutzt Ihr Kind täglich folgende Medien?				in Minuten	
Fernseher:					
Tablett oder Handy:					
Spielekonsole:					
Lesen Sie Ihrem Kind regelmäßig vor?				ja	nein

Angaben zu Gesundheit des Kindes

Welche der unten angeführten Krankheiten hatte oder hat Ihr Kind?

Hörstörung	ja	nein
Atemwegsinfekte oder Erkältungskrankheiten	ja	nein
Mittelohrentzündungen, Ohrenschmerzen	ja	nein
Sehstörung	ja	nein
Bewegungsauffälligkeiten	ja	nein
Hirnhautentzündung (Meningitis, Hirnentzündung, Enzephalitis)	ja	nein
Herzerkrankungen	ja	nein
Neurodermitis	ja	nein
Asthma	ja	nein
Allergien	ja	nein
Hüftgelenksfehlbildung	ja	nein
Krampfanfälle	ja	nein
Liegen andere Erkrankungen vor? 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: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> stundenweise <input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> Schichtarbeit Ist der Vater berufstätig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> stundenweise <input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> Schichtarbeit Wer betreut das Kind überwiegend: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Großeltern <input type="checkbox"/> Tagesmutter
Besucht das Kind eine Krippe / einen Kindergarten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, seit wann:..... Wie viele Stunden pro Tag:.....
Könnte das Kind regelmäßig zur Frühförderung gebracht werden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein