
A. Personalien

Name des Kindes: _____ **Vorname:** _____
Geschlecht: männlich weiblich divers
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Straße: _____ Hausnummer: _____
Wohnort: _____ PLZ: _____
Staatsangehörigkeit: _____ Krankenkasse: _____
Kinderärzt*in: _____ Krippe/Kindertageseinrichtung: _____
Integrationsplatz: Ja, seit _____ Nein
Besuch der Kindertageseinrichtung seit _____

Erziehungsberechtigte (Mutter, Vater, andere Erziehungsberechtigte):

Mutter Vater _____ Mutter Vater _____
Name: _____
Vorname: _____
Anschrift: _____
(Falls von o.g. _____
Telefon: _____
E-Mail: _____
Sorgerecht: gemeinsam
 alleinig, bei (Name, Anschrift) _____

Geschwisterkinder: Anzahl _____ Alter _____ / _____ / _____

B. Vorstellungsgrund

1a. Warum möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen?

1b. Bitte nennen Sie hierzu Ihre aktuelle Belastung.

	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> _____
Keine		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Geringe		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Mittelstarke		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Sehr starke		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

2. Wer hat Ihnen empfohlen, Ihr Kind in der Frühberatung vorzustellen?

<input type="checkbox"/> Kinderärzt*in	<input type="checkbox"/> Andere Praxen	<input type="checkbox"/> Bekannte	<input type="checkbox"/> SPZ
<input type="checkbox"/> Klinik	<input type="checkbox"/> Jugendamt	<input type="checkbox"/> Kindertageseinrichtung/Krippe	

3. Wurde Ihr Kind bereits in anderen Einrichtungen untersucht und / oder behandelt?

<input type="checkbox"/> Kinderärzt*in	<input type="checkbox"/> SPZ	<input type="checkbox"/> Klinik _____
<input type="checkbox"/> Praxis _____	<input type="checkbox"/> Sonstige _____	

C. Fragen zur kindlichen Entwicklung

1. Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft? Wenn ja, welche?

2. In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?

3. Gab es Besonderheiten oder Komplikationen bei oder nach der Geburt? Wenn ja, welche?

4. Bestand eine Zwillings- oder Mehrlingsschwangerschaft?

Ja Nein

5. Wann wurde zum letzten Mal die Sehfähigkeit Ihres Kindes überprüft?

Wann: _____

Von wem: Kinderärzt*in Augenärzt*in Klinik

Ergebnis: _____

6. Wann wurde zum letzten Mal die Hörfähigkeit Ihres Kindes überprüft?

Wann: _____

Von wem: Kinderärzt*in HNO-Ärzt*in Pädaudiolog*in Klinik

Ergebnis: _____

7. Bekommt Ihr Kind zurzeit Medikamente?

Wenn ja, welche Medikamente?

8. Trägt Ihr Kind Windeln?

Ja Nein

9. Ist Ihr Kind gekrabbelt?

Ja, im Alter von: _____ Nein

10. Kann Ihr Kind frei laufen?

Ja, seit dem Alter von: _____ Nein

11. Fällt Ihnen auf, dass Ihr Kind häufiger

(Mehrfachnennung möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> stolpert | <input type="checkbox"/> hinfällt |
| <input type="checkbox"/> sich anstößt | <input type="checkbox"/> unsicher läuft |
| <input type="checkbox"/> Bewegung vermeidet | <input type="checkbox"/> Bewegung sucht |

12. Zeigt Ihr Kind Besonderheiten bei Berührungen, z.B. Körperkontakt, Kleidung, Materialien?

13. Gibt es wichtige Themen zum Bereich Essen?

14. Welche Sprachen werden in Ihrer Familie gesprochen?

15. Wie kommuniziert Ihr Kind (mit und ohne Sprache)?

16. Mein Kind zeigt Ausdruck von...

(Mehrfachnennung möglich)

- Freude
- Wut
- Angst
- Neugierde
- Ekel
- Scham
- Traurigkeit
- _____

17. Zeigt Ihr Kind aggressive Verhaltensweisen?

Wenn ja, gegenüber ...

- anderen Kindern
- Erwachsenen
- Gegenständen
- sich selbst

18. Womit beschäftigt sich Ihr Kind gerne?

19. Ihr Kind spielt gerne ...

(Mehrfachnennung möglich)

- mit anderen Kindern
- mit Erwachsenen
- alleine
- _____

20. Was sind die Stärken Ihres Kindes?

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r