

---

## 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?**

Kinderärzt\*in       Andere Praxen       Bekannte       SPZ

Klinik       Jugendamt       Kindertageseinrichtung/Krippe

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

Kinderärzt\*in       SPZ       Klinik \_\_\_\_\_

Praxis \_\_\_\_\_       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