**Elternfragebogen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kind**  | **Mutter (leiblich)** | **Vater (leiblich)** |
| Name: | Name: | Name: |
| Vorname: | Vorname: | Vorname: |
| geb. am:in: | geb. am: | geb. am: |
|  | Ausbildung:aktueller Beruf: | Ausbildung:aktueller Beruf: |
| Straße:PLZ/Ort: | Straße:PLZ/Ort: | Straße:PLZ/Ort: |
|  | Telefon-/Handynummer: | Telefon-/Handynummer: |
|  | Emailadresse: | Emailadresse: |
| Staatsangehörigkeit: | Staatsangehörigkeit: | Staatsangehörigkeit: |
| Muttersprache: | Muttersprache: | Muttersprache: |
| Weitere Familiensprachen: | Weitere Familiensprachen: | Weitere Familiensprachen: |
|  | Familienstand:🞎 verheiratet🞎 ledig🞎 leben in einer Lebensgemeinschaft🞎 leben getrennt seit:……………….Sorgeberechtigt: 🞎 ja 🞎 nein | Familienstand:🞎 verheiratet🞎 ledig🞎 leben in einer Lebensgemeinschaft🞎 leben getrennt seit:……………….Sorgeberechtigt: 🞎 ja 🞎 nein |
|  |  |  |

**Angaben zu Bereitschafts-/Pflege- oder Adoptiveltern siehe Seite 4**

|  |  |
| --- | --- |
| Krankenversicherung:🞎gesetzlich 🞎 privat |  |
| Name der Krankenkasse: | Versicherungsnummer: |

|  |  |
| --- | --- |
| Betreuung durch ein SPZ: | 🞎 nein 🞎 ja, seit in |

|  |  |
| --- | --- |
| Kindergarten: | seit: |
| Erzieher/in: |  |
| Erhält das Kind in der Kita eine besondere Förderung und/oder Behandlung? | 🞎 nein 🞎 ja |

**Fragen zur Familie:**

Geschwister:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name  | Vorname | geb.: | Name der Kita/Schule |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Ihr Kind wohnt mit Mutter 🞎, Vater 🞎, oder mit ………………………………….zusammen.

Außerdem wohnen bei Ihnen noch:……………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

Hatten oder haben Sie Unterstützung durch das Jugendamt? 🞎 nein 🞎 ja

**Nur auszufüllen bei** **Bereitschafts-, Pflege-/Adoptivfamilien**

Name Pflege-/Adoptivvater:……………………………………...Geburtsdatum:……………

Staatsangehörigkeit…………………………………………………………………………….

Schulabschluss:…………………………………erlernter Beruf:……………………………..

z. Zt. ausgeübte Tätigkeit:……………………………………………………………………..

Name Pflege-/Adoptivmutter:……………………………………...Geburtsdatum:…………..

Staatsangehörigkeit…………………………………………………………………………….

Schulabschluss:…………………………………erlernter Beruf:……………………………..

z. Zt. ausgeübte Tätigkeit:……………………………………………………………………..

Die Bereitschafts-, Pflege-/Adoptiveltern sind: 🞎 verheiratet

 🞎 ledig

 🞎 leben in einer Lebensgemeinschaft

 🞎 leben getrennt

Adresse:…………………………………………………………………………………………

Telefon/Handy:………………………………………………………………………………….

Geschwister der Pflege-/Adoptivfamilie (bitte leibliche, Pflege- und Adoptivkinder kennzeichnen)

Name:……………………………………………………..geb.:……………………………….

Name:……………………………………………………..geb.:……………………………….

Name:……………………………………………………..geb.:……………………………….

Name:……………………………………………………..geb.:……………………………….

Name:……………………………………………………..geb.:……………………………….

Seit wann befindet sich Ihr Kind in Ihrer Pflege/wann haben Sie Ihr Kind adoptiert?

…………………………………………………………………………………………………...

**Für Pflegeeltern:**

Zuständiges Jugendamt: ………………………………………………………………………

Vertreten durch: ………………………………………Tel.: ………………………………….

Es handelt sich um eine: 🞎 Bereitschaftspflege 🞎 Dauerpflege

Wer hat das Sorgerecht? ………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Besteht eine Vormundschaft? Wenn ja, wer hat diese? ………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………..

Wer hat die Gesundheitsfürsorge für das Kind? ………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

**Fragen zu Schwangerschaft und Geburt**

Die wievielte Schwangerschaft war diese? 🞎1. 🞎2. 🞎3. 🞎4. 🞎5. 🞎6. 🞎7. 🞎8.

Wurde die Schwangerschaft durch eine medizinische Maßnahme herbeigeführt?

🞎 nein 🞎 ja Wenn ja, welche?................................................................................

Hatte die Mutter Fehlgeburten?

🞎 nein 🞎 ja Wie viele und wann?..........................................................................

Wie verlief die Schwangerschaft? (Mehrfachnennungen sind möglich)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 🞎 | Ohne Komplikationen | 🞎 | Starke Übelkeit/Erbrechen | 🞎 | Vorzeitige Wehen |
| 🞎 | Frühgeburt | 🞎 | Blutungen | 🞎 | Erhöhter Blutdruck |
| 🞎 | Diabetes | 🞎 | Bestrahlungen | 🞎 | Operationen |
| 🞎 | Infektionskrankheit | 🞎 | Unfälle | 🞎 | Seelische Belastungen |
| 🞎 | Gewalterfahrung | 🞎 | Kontakte zu Giften | 🞎 | Einnahme von Alkohol und/oder Drogen |
| 🞎 | Zigarettenkonsum | 🞎 | Medikamenten-einnahme | 🞎 |  |

**Geburt (Informationen sind im U-Heft zu finden)**

Entbindung in der wievielten Schwangerschaftswoche?.............................................................

Wie verlief die Geburt?

🞎 spontan 🞎 geplanter Kaiserschnitt 🞎 Notkaiserschnitt 🞎 Zangen-/Saugglocke

Gewicht: ……….Länge: …….. Kopfumfang: ………pH-Wert: ………Apgar-Wert: ………..

Gab es Komplikationen? 🞎 nein 🞎 ja wenn ja, welche?................................

Wie verlief die Neugeborenenzeit? (Mehrfachnennungen möglich)

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 ohne Komplikationen | 🞎 Atemstörungen |
| 🞎 Trinkschwäche | 🞎 Gelbsucht |
| 🞎 Krämpfe  | 🞎 Infektionen |
| 🞎 Erbrechen | 🞎 Sonstiges\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Wie war Ihr Kind als Säugling? (Mehrfachnennungen möglich)

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 unauffällig | 🞎 ruhig |
| 🞎 unruhig | 🞎 schreckhaft |
| 🞎 ängstlich | 🞎 neugierig |
| 🞎 unsicher | 🞎 Sonstiges\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

War/ist Ihr Kind ein Schreikind? 🞎 nein 🞎 ja

**Entwicklungsschritte**

**Motorik:**

Krabbeln mit: \_\_ Monaten

Sitzen mit: Monaten

An Möbeln hochziehen mit: Monaten

Frei laufen mit: Monaten

**Sprechen, Hören, Sehen:**

Erste Worte mit: Monaten

Erste kurze Sätze mit: Monaten

Hörauffälligkeiten 🞎 nein 🞎 ja Wenn ja, welche…………………………

Sehauffälligkeiten 🞎 nein 🞎 ja Wenn ja, welche…………………………

**Spielverhalten:**

Spielt ihr Kind lieber allein? 🞎 nein 🞎 ja

Spielt ihr Kind lieber mit Erwachsenen? 🞎 nein 🞎 ja

Spielt ihr Kind mit anderen Kindern? 🞎 nein 🞎 ja

Beschäftigt es sich lange mit einem Spielzeug? 🞎 nein 🞎 ja

Lässt ihr Kind sich leicht ablenken? 🞎 nein 🞎 ja

**Sozial-emotionale Entwicklung:**

Mag ihr Kind Körperkontakt? 🞎 nein 🞎 ja

Hält sich ihr Kind an Absprachen? 🞎 nein 🞎 ja

Wird ihr Kind schnell wütend? 🞎 nein 🞎 ja

Weint ihr Kind oft und schnell? 🞎 nein 🞎 ja

Kann sich ihr Kind durchsetzen? 🞎 nein 🞎 ja

**Fragen zum Schlaf:**

Wo schläft ihr Kind? 🞎 im eigenen Bett 🞎 im Bett der Eltern 🞎 anderes

Schläft Ihr Kind nachts durch? 🞎 nein 🞎 ja

Macht ihr Kind Mittagsschlaf? 🞎 nein 🞎 ja

Wacht Ihr Kind nachts regelmäßig auf? 🞎 nein 🞎 ja

Machen Sie sich Sorgen wegen der Schlafsituation? 🞎 nein 🞎 ja

**Fragen zur Ernährung:**

Wurde ihr Kind gestillt? 🞎 nein 🞎 ja

Isst ihr Kind selbständig mit Besteck? 🞎 nein 🞎 ja

Kaut es die Nahrung gut? 🞎 nein 🞎 ja

Trinkt ihr Kind selbständig aus dem Becher? 🞎 nein 🞎 ja

Machen Sie sich Sorgen um die Ernährung? 🞎 nein 🞎 ja

**Fragen zur Sauberkeitserziehung:**

Ihr Kind trägt Windeln 🞎 am Tag 🞎 in der Nacht 🞎 keine

**Fragen zur Selbständigkeit:**

Zieht sich ihr Kind allein an und aus? 🞎 nein 🞎 ja

Räumt es seine Spielsachen auf? 🞎 nein 🞎 ja

Hilft es bei der Hausarbeit? 🞎 nein 🞎 ja

**Fragen zu Erkrankungen Ihres Kindes:**

Ihr Kind hat häufig Infekte 🞎 nein 🞎 ja

Es hat oft eine Mittelohrentzündung 🞎 nein 🞎 ja

Es hat Wasser hinter dem Trommelfell 🞎 nein 🞎 ja

Es hat eine Allergie 🞎 nein 🞎 ja

Hatte Ihr Kind Unfälle? 🞎 nein 🞎 ja

Hat ihr Kind Epilepsie? 🞎 nein 🞎 ja

Hat ihr Kind eine chronische Erkrankung? 🞎 nein 🞎 ja

Wenn ja, welche…………………………

Trägt Ihr Kind eine Brille? 🞎 nein 🞎 ja

Trägt Ihr Kind Hörgeräte? 🞎 nein 🞎 ja

Hat Ihr Kind andere Hilfsmittel? 🞎 nein 🞎 ja

Wenn ja, welche…………………………

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente? 🞎 nein 🞎 ja

Wenn ja, welche…………………………

Ihr Kind wurde folgenden Fachärzten vorgestellt:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞎 Ohrenarzt | Name | Wann zuletzt? |
| 🞎 Augenarzt | Name | Wann zuletzt? |
| 🞎 Orthopäde | Name | Wann zuletzt? |
| 🞎 Andere | Name | Wann zuletzt? |

Schildern Sie bitte, warum Sie Ihr Kind bei uns vorstellen. Was ist Ihre größte Sorge? Was ist Ihr größter Wunsch?

Mutter:

Vater: