



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: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> leben in einer Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> leben getrennt seit:..... Sorgberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> leben in einer Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> leben getrennt seit:..... Sorgberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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



Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	
Name der Krankenkasse:	Versicherungsnummer:
Betreuung durch ein SPZ:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit in
Kindergarten:	seit:
Erzieher/in:	
Erhält das Kind in der Kita eine besondere Förderung und/oder Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Fragen zur Familie:

Geschwister:

Name	Vorname	geb.:	Name der Kita/Schule

Ihr Kind wohnt mit Mutter , Vater , oder mitzusammen.
Außerdem wohnen bei Ihnen noch:.....
.....

Hatten oder haben Sie Unterstützung durch das Jugendamt? nein ja



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)

<input type="checkbox"/>	Ohne Komplikationen	<input type="checkbox"/>	Starke Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Vorzeitige Wehen
<input type="checkbox"/>	Frühgeburt	<input type="checkbox"/>	Blutungen	<input type="checkbox"/>	Erhöhter Blutdruck
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Bestrahlungen	<input type="checkbox"/>	Operationen
<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheit	<input type="checkbox"/>	Unfälle	<input type="checkbox"/>	Seelische Belastungen
<input type="checkbox"/>	Gewalterfahrung	<input type="checkbox"/>	Kontakte zu Giften	<input type="checkbox"/>	Einnahme von Alkohol und/oder Drogen
<input type="checkbox"/>	Zigarettenkonsum	<input type="checkbox"/>	Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	

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)

<input type="checkbox"/> ohne Komplikationen	<input type="checkbox"/> Atemstörungen
<input type="checkbox"/> Trinkschwäche	<input type="checkbox"/> Gelbsucht
<input type="checkbox"/> Krämpfe	<input type="checkbox"/> Infektionen
<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____

Wie war Ihr Kind als Säugling? (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> ruhig
<input type="checkbox"/> unruhig	<input type="checkbox"/> schreckhaft
<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> neugierig
<input type="checkbox"/> unsicher	<input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> Ohrenarzt	Name	Wann zuletzt?
<input type="checkbox"/> Augenarzt	Name	Wann zuletzt?
<input type="checkbox"/> Orthopäde	Name	Wann zuletzt?
<input type="checkbox"/> 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: