

Elternfragebogen

1. Situation des Kindes

Wer gehört zur Familie? _____

Leben in Ihrer Familie Haustiere? Wenn ja, welche?

Wie ist die Familiensituation (Berufstätigkeit, Wohnen, eigenes Kinderzimmer, ...) und der Erziehungsstil?

Wie verbringt Ihr Kind die Freizeit? (u. a. auch Nachmittagsbetreuung)

Wie geht Ihr Kind mit seinen körperlichen Befindlichkeiten um?

Wie schätzen Sie den Allgemeinzustand Ihres Kindes ein?

3. Allgemeines

Welche Diagnosen sind bekannt?

Wer ist der behandelnde Arzt?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

ja, welche und wann: _____

nein

Wie beurteilen Sie allgemein die Gesundheit Ihres Kindes?

selten krank

häufig krank

Ist das Kind bereits anderen Institutionen vorgestellt worden?

ja nein

wenn ja, wo?

<input type="checkbox"/>	Gesundheitsamt*	
<input type="checkbox"/>	Bericht vom	ist beigelegt *
<input type="checkbox"/>	Schulpsychologie*	
<input type="checkbox"/>	Bericht vom	ist beigelegt *
<input type="checkbox"/>	Erziehungsberatungsstelle*	
<input type="checkbox"/>	Bericht vom	ist beigelegt *
<input type="checkbox"/>	Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)* in	
<input type="checkbox"/>	Bericht vom	ist beigelegt *
<input type="checkbox"/>	andere Einrichtungen/ Kliniken*	
<input type="checkbox"/>	Bericht vom	ist beigelegt *

Welche Fördermaßnahmen wurden bisher von ärztlicher Seite, von der Schule oder von anderen Personen empfohlen und durchgeführt? (nur auflühren, wenn im Lebenslauf noch nicht erfasst)

keine Maßnahmen empfohlen

folgende Maßnahmen wurden empfohlen:

a) von wem?: _____

welche?: _____

wann durchgeführt?: _____

b) von wem?: _____

welche?: _____

wann durchgeführt?: _____

Hat Ihr Kind Allergien? Wenn ja, welche?

Benötigt Ihr Kind Hilfsmittel (Einlagen, Brille, Rollator, Orthesen, Stützen, etc.)?

4. Interessen und Fähigkeiten

Hat Ihr Kind besondere Interessen?

nein

ja, welche: _____

Hat Ihr Kind besondere Fähigkeiten?

nein

ja, welche: _____

Hat Ihr Kind besondere Abneigungen (Tätigkeiten, Speisen)?

nein

ja, wogegen?: _____

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders?

Welche Besonderheiten/Auffälligkeiten haben Sie an Ihrem Kind schon häufiger bemerkt?

<input type="checkbox"/> penibel <input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> unordentlich <input type="checkbox"/> traurig <input type="checkbox"/> ordentlich <input type="checkbox"/> nässt ein <input type="checkbox"/> ist sehr passiv <input type="checkbox"/> leicht ablenkbar	<input type="checkbox"/> ruhig <input type="checkbox"/> sehr anlehnsbedürftig <input type="checkbox"/> ungeschickt <input type="checkbox"/> vergesslich <input type="checkbox"/> schläft schlecht ein <input type="checkbox"/> isst schlecht (wenig) <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> nervös, unruhig	<input type="checkbox"/> kontaktarm, weil schüchtern <input type="checkbox"/> sehr empfindsam, sensibel <input type="checkbox"/> verspielt <input type="checkbox"/> leicht beeinflussbar <input type="checkbox"/> schreckt nachts oft auf <input type="checkbox"/> ist langsam <input type="checkbox"/> zerstört absichtlich Sachen <input type="checkbox"/> albert herum
---	---	--

andere: _____

Gibt es im Alltagsverhalten Auffälligkeiten?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in den Bereichen	<input type="checkbox"/> Essverhalten <input type="checkbox"/> Befüllen von Gläsern <input type="checkbox"/> Behalten von Anweisungen <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> Besteckbenutzung <input type="checkbox"/> Umgang mit Kleidung <input type="checkbox"/> Erinnern von Geschehnissen
--	--	--

Beschreibung:

5. Beziehungsfähigkeit

Gibt es häufig Streit mit Geschwistern?

<input type="checkbox"/> entfällt, da keine Geschwister	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja, häufigster Anlass: _____	

Wie alt sind die Kinder, mit denen Ihr Kind am liebsten spielt?

<input type="checkbox"/> gleichaltrig	<input type="checkbox"/> älter	<input type="checkbox"/> jünger
---------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

Hat Ihr Kind Freunde/Freundinnen?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie viele?: _____
<input type="checkbox"/> eine(n) besondere(n) Freund(in): _____	
<input type="checkbox"/> einer/eine nicht, weil: _____	
<input type="checkbox"/> einige nicht, weil: _____	

Ist Ihr Kind täglich mit seinen Freunden/Freundinnen zusammen?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht täglich, sondern _____	<input type="checkbox"/> nur selten
-----------------------------	---	-------------------------------------

Wo und was spielt Ihr Kind am liebsten?

<input type="checkbox"/> in der eigenen Wohnung	<input type="checkbox"/> bei Freunden/Freundinnen	<input type="checkbox"/> draußen
<input type="checkbox"/> spielt „stundenlang das Gleiche“	<input type="checkbox"/> beschäftigt sich schöpferisch „stundenlang mit einer Sache“	

Wie verträgt sich Ihr Kind im Spiel mit seinen Freunden/Freundinnen?

	<input type="checkbox"/> gut, unauffällig	<input type="checkbox"/> wird kaum beachtet, spielt dann eher allein
	<input type="checkbox"/> kann sich kaum durchsetzen	<input type="checkbox"/> gibt schnell nach
	<input type="checkbox"/> lässt sich leicht beeinflussen	<input type="checkbox"/> möchte häufig bestimmen
	<input type="checkbox"/> möchte mitbestimmen	<input type="checkbox"/> stellt sich gerne in den Vordergrund
	<input type="checkbox"/> hält sich an Regeln und Abmachungen	
	<input type="checkbox"/> ärgert häufig, wie?: _____	
	<input type="checkbox"/> wird häufig geärgert, wie?: _____	

Wen mag Ihr Kind besonders gerne?

Wen kann Ihr Kind überhaupt nicht leiden?

6. Schule/Kita
Geht Ihr Kind gerne in die Schule/Kita?

<input type="checkbox"/> (im Allgemeinen) ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> hat Angst
--	-------------------------------	------------------------------------

Geht Ihr Kind regelmäßig in die Schule/Kita?

<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> fehlt(e) oft, weil: _____ _____ _____
-------------------------------------	--

Wie ist das Verhalten in der Schule/Kita?

<input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> es gibt/gab Schwierigkeiten, weil?: _____ _____
--	---

Welche Leistungen/Verhalten/Fähigkeiten heben/hoben die LehrerInnen/ErzieherInnen als besonders hervor?

.....
Datum

.....
Unterschrift der Eltern