

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche		
Liegen bei Ihrem Kind Allergien vor?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche		
Wurde die Sehfähigkeit ärztlich überprüft?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann? _____	Brille	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sonstiges: _____			
Wurde die Hörfähigkeit ärztlich überprüft?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann? _____	Hörgerät	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sonstiges: _____			

Besuchte Einrichtungen

Vorschulische Einrichtungen

- | | | |
|---|-----------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Kinderkrippe | von ___/ 20__ bis ___/ 20__ | (Monat/ Jahr) |
| <input type="checkbox"/> Kindergarten | von ___/ 20__ bis ___/ 20__ | |
| <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Tagesstätte | von ___/ 20__ bis ___/ 20__ | |

Schulische Einrichtungen

NUR FÜR ELTERN VON SCHULKINDERN

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Grundschule | von _____ bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Zurückstellung vom Schulbesuch | <input type="radio"/> SVE von _____ bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Wiederholung der __. Jahrgangsstufe | |
| <input type="checkbox"/> Schulwechsel | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ |
| <input type="checkbox"/> Mittelschule | von _____ bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Wiederholung der __. Jahrgangsstufe | |
| <input type="checkbox"/> Schulwechsel | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ |

Nachmittagsbetreuung

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ganztagsklasse | <input type="checkbox"/> Mittagsbetreuung |
| <input type="checkbox"/> Hort | <input type="checkbox"/> Hausaufgabenbetreuung |
| <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Tagesstätte | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Abgeschlossene/ aktuelle Therapien

- | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Frühförderung | von ___/ 20__ bis ___/ 20__ | (Monat/ Jahr) |
| <input type="radio"/> Heilpädagogik | <input type="radio"/> Logopädie | <input type="radio"/> Ergotherapie |
| <input type="checkbox"/> Logopädie | von ___/ 20__ bis ___/ 20__ | Praxis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie | von ___/ 20__ bis ___/ 20__ | Praxis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | von ___/ 20__ bis ___/ 20__ | Praxis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Heilpäd. Förderung | von ___/ 20__ bis ___/ 20__ | Praxis: _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | von ___/ 20__ bis ___/ 20__ | Praxis: _____ |

Das ist uns besonders wichtig! ❤️

Was mögen Sie an Ihrem Kind?

Welche Stärken hat Ihr Kind?

NUR FÜR SCHULKINDER

NUR FÜR SCHULKINDER

Entwicklung des Kindes		
Schwangerschaftsverlauf		
<input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten/ ungünstige Bedingungen (längere Liegezeit, Unfälle/ psychischer Stress usw.); welche? _____		
Geburtsverlauf		
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Geburtsgewicht ○ unter 2500 g ○ über 4500 g <input type="checkbox"/> Frühgeburt (vor 37. Schwangerschaftswoche) <input type="checkbox"/> Spätgeburt (nach 42. Schwangerschaftswoche)	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Zangen-/ Saugglockengeburt <input type="checkbox"/> Blaufärbung des Neugeborenen <input type="checkbox"/> Nabelschnurumschlingung <input type="checkbox"/> _____	
Ernährung des Neugeborenen und Säuglings		
<input type="checkbox"/> Kind wurde ○ _____ Wochen gestillt ○ _____ Monate gestillt ○ nicht gestillt <input type="checkbox"/> Trinkschwierigkeiten		
Verhalten des Neugeborenen und Säuglings		
<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> ruhiges Kind <input type="checkbox"/> allgem. Reizüberempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> zitterige Bewegungen <input type="checkbox"/> häufiges Schreien <input type="checkbox"/> Teilnahms-/ Bewegungslosigkeit	<input type="checkbox"/> erhöhte Unruhe <input type="checkbox"/> Krämpfe <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Schlafverhalten ○ unauffällig ○ Einschlafschwierigkeiten ○ geringes Schlafbedürfnis ○ Aufschrecken ○ schläft allein		
Sauberkeitsentwicklung		
<input type="checkbox"/> Kind tagsüber sauber mit _____ Jahren, nachts mit _____ Jahren <input type="checkbox"/> Kind nässt noch ein; in welchen Situationen? _____ <input type="checkbox"/> Kind kotet noch ein; in welchen Situationen? _____		
Motorische Entwicklung		
<input type="checkbox"/> Krabbeln ○ ja ○ nein <input type="checkbox"/> freies Laufen mit _____ Monaten	<input type="checkbox"/> Kind fährt ○ Fahrrad ○ Roller ○ _____	
<input type="checkbox"/> Kind hält Grenzen beim Ausmalen ein <input type="checkbox"/> Kind schneidet auf der Linie	<input type="checkbox"/> Kind drückt beim Malen fest auf	
<input type="checkbox"/> Rechtshänder	<input type="checkbox"/> Linkshänder	<input type="checkbox"/> noch nicht festgelegt
Sprachliche Entwicklung		
Erste Wörter mit _____ Monaten; welche? _____		
<input type="checkbox"/> spricht gerne und viel <input type="checkbox"/> spricht wenig <input type="checkbox"/> geringer Wortschatz <input type="checkbox"/> spricht in ganzen Sätzen <input type="checkbox"/> versteht, was gesagt wird	<input type="checkbox"/> stottert <input type="checkbox"/> kann sich sprachlich verständlich machen <input type="checkbox"/> spricht alle Laute <input type="checkbox"/> sprach plötzlich wieder weniger <input type="checkbox"/> Sonst. _____	

Gesundheitliche Fragen

Allgemeine Gesundheit des Kindes

ist selten krank ist häufig krank

Krankheiten/ körperliche Beeinträchtigungen

nein ja, welche? _____

Welche Krankheitssymptome haben Sie schon häufiger bei Ihrem Kind beobachtet?

Kopfschmerzen Bauchschmerzen/ Übelkeit, Erbrechen
 Krämpfe auffälliges Schmerzempfinden

Zahnprobleme

nein ja, welche? _____

Weitere Auffälligkeiten, z. B. Kind reagiert auf Berührung mit Abwehr, hat überempfindliche Haut, meidet nasse, schmutzige Materialien

nein ja, welche? _____

Krankenhausaufenthalte/ Reha-Maßnahmen

nein ja, wann? _____ für wie lange? _____
wegen _____
 ja, wann? _____ für wie lange? _____
wegen _____

Unfälle/ Stürze

nein ja, wann? _____
was ist passiert? _____
 ja, wann? _____
was ist passiert? _____

Interessen und Fähigkeiten des Kindes

Welche Interessen/ Fähigkeiten hat Ihr Kind?

TV Handy Spielekonsole/ PC Malen Basteln Lego
 Spielplatz Fußball _____

Wie lange nutzt Ihr Kind digitale Medien (TV/ Handy/ Konsole/ PC/ ...) pro Tag?

gar nicht ca. 30 Minuten 1-2 Stunden
 3-4 Stunden mehr als 5 Stunden (z. B. am Wochenende)

Hat Ihr Kind Abneigungen (gegen bestimmte Speisen, Tätigkeiten..)?

nein ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind an Aktivitäten (z. B. Fußball, Tanzen, Musik, Taekwondo, ...) teil?

nein ja, an welchen? _____

 hat schon mal ausprobiert _____



Elternfragebogen II

Kind				
Name		Vorname		Geburtsdatum
				___.___.20__

Emotionales Befinden und Sozialverhalten

<input type="checkbox"/> fröhlich <input type="checkbox"/> ruhig <input type="checkbox"/> weinerlich <input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> geht auf andere zu <input type="checkbox"/> kontaktfreudig <input type="checkbox"/> kann sich Hilfe holen	<input type="checkbox"/> nimmt Blickkontakt auf <input type="checkbox"/> distanzlos <input type="checkbox"/> zurückhaltend <input type="checkbox"/> verschlossen <input type="checkbox"/> hilfsbereit <input type="checkbox"/> teilt mit anderen <input type="checkbox"/> hört auf Erwachsene	<input type="checkbox"/> dominant <input type="checkbox"/> impulsiv <input type="checkbox"/> wird schnell wütend <input type="checkbox"/> bringt sich/ andere in Gefahr <input type="checkbox"/> schnell frustriert <input type="checkbox"/> akzeptiert Veränderungen <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> spielt ausdauernd <input type="checkbox"/> spielt mit Gleichaltrigen <input type="checkbox"/> spielt mit Jüngeren <input type="checkbox"/> spielt mit Erwachsenen <input type="checkbox"/> kann sich allein beschäftigen <input type="checkbox"/> kann sich anpassen	<input type="checkbox"/> kann sich durchsetzen <input type="checkbox"/> hat oft Streit <input type="checkbox"/> kann Regeln einhalten <input type="checkbox"/> zieht sich zurück <input type="checkbox"/> spielt gern mit anderen <input type="checkbox"/> sucht häufig Kontakt zu Bezugspersonen	<input type="checkbox"/> hat Freunde <input type="checkbox"/> ist beliebter Partner <input type="checkbox"/> geht gerne in die Schule <input type="checkbox"/> erzählt von der Schule <input type="checkbox"/> wird oft geärgert <input type="checkbox"/> kann Konflikte friedlich lösen <input type="checkbox"/> _____

Konzentration/ Ausdauer des Kindes

<input type="checkbox"/> bleibt bei einer Tätigkeit <input type="checkbox"/> bringt etwas zu Ende <input type="checkbox"/> kann sich kaum beschäftigen	<input type="checkbox"/> ermüdet schnell <input type="checkbox"/> motorisch unruhig	<input type="checkbox"/> leicht ablenkbar <input type="checkbox"/> verträumt <input type="checkbox"/> _____
--	--	---

Schulisches Wissen und Fähigkeiten

<input type="checkbox"/> kennt Farben <input type="checkbox"/> kann sich schulische Inhalte gut merken	<input type="checkbox"/> kann sich auf einem Blatt/ im Heft orientieren <input type="checkbox"/> kann Zeilen einhalten
---	---

Sprachlicher Lernbereich

<input type="checkbox"/> kann Laute dem entsprechenden Buchstaben zuordnen <input type="checkbox"/> beherrscht alle gelernten Buchstaben <input type="checkbox"/> schreibt, wie man spricht <input type="checkbox"/> wendet Rechtschreibregeln an <input type="checkbox"/> verdreht Buchstaben und Ziffern	<input type="checkbox"/> liest ○ flüssig ○ lautierend ○ stockend ○ _____ <input type="checkbox"/> versteht das Gelesene <input type="checkbox"/> Schrift ist ○ groß ○ zittrig ○ sehr eng ○ klein ○ sehr weit ○ leserlich ○ _____
--	--

Mathematischer Lernbereich

<input type="checkbox"/> orientiert sich im Zahlenraum bis ____ ○ sicher ○ unsicher <input type="checkbox"/> rechnet im Zahlenraum bis ____ ○ sicher ○ unsicher <input type="checkbox"/> beherrscht die erlernten 1x1-Reihen ○ sicher ○ unsicher	<input type="checkbox"/> löst Sachaufgaben ○ sicher ○ unsicher <input type="checkbox"/> unterscheidet und benennt die erlernten Formen ○ sicher ○ unsicher
--	---

Sonstiges (Stärken/ Schwierigkeiten...)

--

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____