

# Elternfragebogen für das Aufnahmegespräch



## Persönliche Angaben

Name Ihres Kindes:

Geburtsdatum Ihres Kindes:

Anschrift:

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

Im Notfall zu benachrichtigen:

Voraussichtlicher Betreuungsbeginn:

Betreuungszeiten: Mo: \_\_\_\_\_ Di: \_\_\_\_\_ Mi: \_\_\_\_\_

Do: \_\_\_\_\_ Fr: \_\_\_\_\_ Sonstige: \_\_\_\_\_

## Eingewöhnung

Wie stellen Sie sich die Eingewöhnung vor? Von welcher Eingewöhnungsdauer gehen Sie aus?

Wer wird die Eingewöhnung begleiten?

## Familiäres Umfeld

Wer sind die Hauptbezugspersonen:

Geschwister  Ja  Nein Alter der Geschwister:

Namen der Geschwister:

Welche Sprache wird zu Hause gesprochen?

Gibt es kulturelle Besonderheiten, die von Bedeutung sein könnten?

Gibt es momentan veränderte Lebensereignisse Ihres Kindes? z.B. Trennung, Umzug, Geburt eines Geschwisterkindes

Wurde Ihr Kind bisher schon durch andere Personen betreut?  Ja  Nein

Wenn ja, von wem?

Wenn ja, gab es dabei Schwierigkeiten?

### ***Entwicklungsgeschichte***

Art der Geburt:  Normal  Frühgeburt

Gab es irgendwelche Komplikationen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Gibt es sonstige Besonderheiten im Entwicklungsverlauf? / Liegt ein besonderer  
Betreuungsbedarf vor?  Ja  Nein

Wenn ja, welche / welcher?

Wurden oder werden Therapien in Anspruch genommen?

Wenn ja, soll die Tagespflegeperson diesbezüglich im Umgang etwas beachten?

### **Motorische Entwicklung**

Wie bewegt sich Ihr Kind fort?

- robben     krabbeln     laufen     sonstiges:

Kann Ihr Kind alleine sitzen?

- Ja     Nein

Gibt es bei der motorischen Entwicklung etwas zu beachten? z.B. benötigt Hilfestellung beim Treppen steigen

### **Sprachentwicklung**

Kann Ihr Kind sprechen?     Ja     Nein

Versteht Ihr Kind Gesagtes?     Ja     Nein     teilweise

Spricht Ihr Kind deutlich?     Ja     Nein

Gibt es bestimmt „Wortschöpfungen“ Ihres Kindes, die im Betreuungsalltag von Bedeutung sein könnten?

Gibt es Signale Ihres Kindes, die Ihr Kind verwendet und die von Bedeutung sein könnten?

## Gesundheitszustand

Bereits durchgeführte Impfungen:

Diphtherie-Tetanus-Polio:  Ja  Nein

Keuchhusten:  Ja  Nein

Masern-Mumps-Röteln  Ja  Nein – **Masernschutzpflicht beachten - Nachweis vorlegen!**

Windpocken  Ja  Nein

Leidet das Kind an Allergien, Unverträglichkeiten oder chronischen Erkrankungen?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Wenn ja, was ist dabei zu beachten?

Ist das Kind anfällig für bestimmte Erkrankungen?

- Erkältungen
- Bauchschmerzen
- Verdauungsstörungen
- Kopfschmerzen
- Ohrenschmerzen
- Fieber
- Fieberkrampf
- Pseudokrupp
- Sonstiges:

Gibt es bestimmte Wünsche der Eltern im Krankheitsfall?

Wie reagiert Ihr Kind auf Fieber /erhöhte Temperatur?

### ***Ess- und Trinkgewohnheiten***

Hat Ihr Kind im Allgemeinen  guten Appetit  schlechten Appetit

Was mag Ihr Kind gerne?

Was mag Ihr Kind gar nicht?

Welches Wort verwendet Ihr Kind bei Durst und Hunger?

Wird Ihr Kind noch gestillt?  Ja  Nein

Bekommt Ihr Kind noch Fertigmilch?  Ja  Nein

Wenn Ihr Kind noch gestillt wird, wie oft? Bei Fertigmilch, welche?

Welches Getränk trinkt Ihr Kind gewöhnlich?

Wann bekommt Ihr Kind zurzeit seine Mahlzeiten?

Isst ihr Kind schon selbstständig?  Ja  Nein

Wo nimmt Ihr Kind seine Mahlzeiten ein? z.B. Hochstuhl, Schoß

Lässt sich Ihr Kind leicht ablenken beim Essen?  Ja  Nein

Wie gehen Sie damit um?

Sind Sie der Meinung Ihr Kind muss möglichst alles aufessen?  Ja  Nein

Haben Sie bestimmte Wünsche, die das Essen und Trinken Ihres Kindes betreffen?

### **Schlafgewohnheiten**

Schläft Ihr Kind während des Tages?  Ja  Nein

Wenn ja, zu welchen Zeiten?

Wo schläft Ihr Kind? z.B. eigenes Bett, Kinderwagen etc.

Schläft Ihr Kind lieber im Hellen oder Dunkeln?

Benötigt Ihr Kind etwas Vertrautes zum Einschlafen? z.B. Schnuller, Kuscheltier

Gibt es ein bestimmtes Ritual beim Zubettgehen?  Ja  Nein

Wenn ja, welches?

Wie zeigt sich das Ihr Kind müde ist?

Lassen Sie Ihr Kind aufstehen, wenn Ihr Kind nicht einschläft oder nur sehr kurz schläft?

Haben Sie bestimmte Wünsche, die das Schlafen Ihres Kindes betreffen?

### **Sauberkeitserziehung**

Wo wird Ihr Kind zu Hause gewickelt?

Lässt sich Ihr Kind problemlos wickeln?  Ja  Nein

Wenn nein, wie gehen Sie damit um?

Gibt es etwas zu beachten beim Wickeln z.B. besondere Pflegemittel etc.?

Haben Sie mit der Sauberkeitserziehung bereits begonnen?  Ja  Nein

Wenn ja in welchem Alter?

Wenn ja, geht Ihr Kind auf das  Töpfchen  die Toilette

Wenn ja, braucht Ihr Kind Hilfe dabei?  Ja  Nein

Wie zeigt Ihr Kind das es „muss“?

Welches Wort verwendet Ihr Kind für Wasser lassen und Stuhlgang?

Wasser lassen: \_\_\_\_\_ Stuhlgang: \_\_\_\_\_

### **Sozial- und Spielverhalten**

Hat Ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern?  Ja  Nein

Wenn ja, bei welcher Gelegenheit? z.B. Krabbelgruppe

Wie spielt Ihr Kind am liebsten?  alleine  mit einem Kind

mit mehreren Kindern       mit einem Erwachsenen

Womit spielt Ihr Kind momentan am liebsten?

Spielt Ihr Kind gerne im Freien?       Ja       Nein

Wenn ja, was spielt Ihr Kind draußen am liebsten?

Lässt sich Ihr Kind gerne vorlesen oder Geschichten erzählen?       Ja       Nein

### ***Ängste und Trauer des Kindes***

Wie drückt Ihr Kind Trauer oder Angst aus?

Gibt es Situationen, in denen sich Ihr Kind fürchtet? z.B. Dunkelheit, laute Geräusche

Was hilft Ihrem Kind in solchen Situationen?

### ***Sonstiges***

Haben Sie noch bestimmte Anliegen, Wünsche, Themen oder Fragen?



