

Fragebogen zur integrativen Maßnahme im Kindergarten

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte!

Für die ärztliche Stellungnahme sind Angaben zu Ihrem Kind und seinem Gesundheitszustand sehr wichtig. Ihre sorgfältige Beantwortung der Fragen hilft uns bei der Erarbeitung eines individuellen Förderkonzeptes für Ihr Kind. Sie können jede Frage durch eigene Bemerkungen ergänzen.

Vielen Dank!

Personalien des Kindes

Name, Vorname	Geburtsdatum, -ort
Anschrift (Wohnort, Straße)	Staatsangehörigkeit: Herkunftsland:

Personalien der Eltern / Erziehungsberechtigten

	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Geburtsdatum, -ort		
Telefonnummer: (notwendig zur Terminabsprache!)		
Letzte berufliche Tätigkeit		
Familiäre Situation (z. B. Pflegekind, alleinerziehend, Eltern getrennt)		

Personalien der Geschwister

Name, Vorname	Geburtsdatum	Bemerkung

Schwangerschaft

Wie alt war die Mutter zur Entbindung? _____ Jahre
Die Geburt erfolgte in der _____ Schwangerschaftswoche.

Wie ist die Schwangerschaft verlaufen? unauffällig
Besonderheiten in der Schwangerschaft/bei der Geburt:

Neugeborenenphase

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm Kopfumfang: _____ cm Apgar (Punkte):

Gab es Auffälligkeiten in den ersten Tagen und Wochen nach der Geburt?

Entwicklung des Kindes

In welchem Alter konnte das Kind frei sitzen?	mit _____ Monaten.
Wann krabbelte das Kind?	mit _____ Monaten.
In welchem Alter konnte das Kind frei laufen?	mit _____ Monaten.
Wann lernte es sprechen?	Erste Wörter mit _____ Monaten.
	Erste kleine Sätze mit _____ Monaten.
Wann wurde es sauber?	mit _____ Monaten.

Behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin (Adresse):

Auffälligkeiten bei Vorsorgeuntersuchungen:

Welche Krankheiten hat das Kind durchgemacht?
(Art der Erkrankung und Lebensalter)

War es schon einmal im Krankenhaus?

- nein
 ja

Anschrift des Krankenhauses:

Grund des Aufenthaltes:

Welche fachärztlichen Untersuchungen sind durchgeführt worden?

- augenärztlich bei: _____
am: _____
- ohrenärztlich bei: _____
am: _____
- orthopädisch bei: _____
am: _____
- neurologisch bei: _____
am: _____
- SPZ bei: _____
am: _____
- Kinder- und jugendpsychiatrisch bei: _____
am: _____
- Sonstige: _____
am: _____

Das Kind bekommt aktuell oder hat bekommen:

Krankengymnastik bei _____ vom: _____ bis _____

Logopädie bei _____ vom: _____ bis _____

Ergotherapie bei _____ vom: _____ bis _____

Frühförderung bei _____ vom: _____ bis _____

IFF-Komplexleistung bei _____ vom: _____ bis _____

Spieltherapie bei _____ vom: _____ bis _____

Osteopathie bei _____ vom: _____ bis _____

Sonstige bei _____ vom: _____ bis _____

Bereits vorhandene Hilfssysteme

Beratungsstelle SPFH Erziehungsbeistandschaft Sonstige _____

Bereits vorhandene Hilfsmittelverordnungen (z. B. Orthesen, Monitor, Hörgeräte, Einlagen, Brille)

Besuch von Kindereinrichtungen (Krabbelgruppe, Spielgruppe, Kindergarten)

von	bis	Name der Einrichtung

Gibt es Probleme im Kindergarten? ja nein
 Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind eine anerkannte Schwerbehinderung? ja nein
 GdB: _____ % Merkzeichen: _____

Hat Ihr Kind Entwicklungsauffälligkeiten in den Bereichen:

Sehen Hören Sprechen Bewegen
 Verhalten Lernen Wahrnehmung
 oder andere Auffälligkeiten wenn ja, welche? _____

Welche Stärken beobachten Sie bei Ihrem Kind?

Welche Schwierigkeiten sehen Sie bei Ihrem Kind?

.....
 Datum/Unterschrift