

Fragebogen zum Folgeantrag auf integrative Förderung im Kindergarten

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte!

Für die ärztliche Stellungnahme zum **Folgeantrag auf integrative Förderung im Kindergarten bitten wir um aktualisierte Angaben zu Ihrem Kind** und seinem Gesundheitszustand.

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

Entwicklung des Kindes

Behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin (Adresse):	
Auffälligkeiten bei Vorsorgeuntersuchungen:	
Welche Krankheiten hat das Kind durchgemacht? (Art der Erkrankung und Lebensalter)	Welche fachärztlichen Untersuchungen sind durchgeführt worden?
War es schon einmal im Krankenhaus? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> augenärztlich bei: _____ am: _____
Anschrift des Krankenhauses: _____ _____	<input type="checkbox"/> ohrenärztlich bei: _____ am: _____
Grund des Aufenthaltes: _____ _____	<input type="checkbox"/> orthopädisch bei: _____ am: _____
Das Kind bekommt aktuell oder hat bekommen:	<input type="checkbox"/> neurologisch bei: _____ am: _____
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik bei _____ vom: _____ bis _____	<input type="checkbox"/> SPZ bei: _____ am: _____
<input type="checkbox"/> Logopädie bei _____ vom: _____ bis _____	<input type="checkbox"/> Kinder- und jugendpsychiatrisch bei: _____ am: _____
<input type="checkbox"/> Ergotherapie bei _____ vom: _____ bis _____	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____ am: _____
<input type="checkbox"/> Frühförderung bei _____ vom: _____ bis _____	
<input type="checkbox"/> IFF-Komplexleistung bei _____ vom: _____ bis _____	
<input type="checkbox"/> Spieltherapie bei _____ vom: _____ bis _____	
<input type="checkbox"/> Osteopathie bei _____ vom: _____ bis _____	
<input type="checkbox"/> Sonstige bei _____ vom: _____ bis _____	
Bereits vorhandene Hilfssysteme	
<input type="checkbox"/> Beratungsstelle <input type="checkbox"/> SPFH <input type="checkbox"/> Erziehungsbeistandschaft <input type="checkbox"/> 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? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<hr/> <hr/>		
Hat Ihr Kind eine anerkannte Schwerbehinderung? GdB: _____ % Merkzeichen: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Hat Ihr Kind Entwicklungsauffälligkeiten in den Bereichen:			
<input type="checkbox"/> Sehen	<input type="checkbox"/> Hören	<input type="checkbox"/> Sprechen	<input type="checkbox"/> Bewegen
<input type="checkbox"/> Verhalten	<input type="checkbox"/> Lernen	<input type="checkbox"/> Wahrnehmung	
<input type="checkbox"/> oder andere Auffälligkeiten wenn ja, welche? _____			
<hr/>			

Welche Stärken beobachten Sie bei Ihrem Kind?

Welche Schwierigkeiten sehen Sie bei Ihrem Kind?

.....
Datum/Unterschrift