

Fragebogen zur Umsetzung der Inklusion von Kindern mit Behinderungen in Kindertagesstätten

1. Angaben zum Antragsteller/in (Kind):

Familienname	
Vorname(n)	
PLZ, Wohnort	
Straße, Hausnummer	
Geburtsdatum	
Tel.-Nr. der Eltern	

2. Angaben zur Kindertagesstätte:

Name	
Anschrift	
Telefonnummer	
E-Mail Adresse	
Ansprechpartner	

3. Angaben zur Aufnahme des Kindes

Das Kind soll aufgenommen werden am _____

Das Kind besucht bereits die Kita seit _____

Besucht das Kind regelmäßig die Kita?

Ja

Nein

4. Konzeptionelle Ausrichtung der Kindertagesstätte

Betreuungsformen:

offene teiloffene geschlossene geöffnete Gruppen

Krippengruppe

Kleine Altersmischung

Große Altersmischung

Hortgruppe

Andere

Name der Gruppe	Stellenschlüssel	Anzahl der Kinder in der Gruppe

5. Die Anwesenheitszeit des Kindes in der Kindertagesstätte

- Montags _____ Stunden in der Zeit von _____ bis _____ Uhr beantragen
- Dienstags _____ Stunden in der Zeit von _____ bis _____ Uhr beantragen
- Mittwochs _____ Stunden in der Zeit von _____ bis _____ Uhr beantragen
- Donnerstags _____ Stunden in der Zeit von _____ bis _____ Uhr beantragen
- Freitags _____ Stunden in der Zeit von _____ bis _____ Uhr beantragen

Die Einsatzzeiten der Integrationshilfe werden vor Ort mit dem Team der Kindertagesstätte geplant und sind nach Absprache mit der Integrationshilfe veränderbar.

6. Erfahrungen mit der Umsetzung der Inklusion

Haben Sie Erfahrung bezüglich der Inklusion von Kindern mit Behinderung?

- Nein Ja

Wenn Ja, wird/wurde der Bedarf durch einen externen Anbieter (Integrationsfachdienst) gedeckt ?

- Nein Ja

Wenn ja, durch welchen Anbieter?

7. Kooperationen zu externen Fachdiensten

Gibt es feste Kooperationen zu externen Fachdiensten?

- Nein Ja

Fachdienste:

- Erziehungsberatungsstelle
- mobile heilpädagogische Entwicklungsbegleitung

Integrationshilfe in Kindertagesstätten Fragebogen

- Praxis für Entwicklungspädagogik
- Frühförderzentrum (KINZ, SPZ, HSK etc.)
- Team Autismus
- Fachberatung
- Andere: _____

8. fachliche Empfehlungen

Wurden von diesen Fachdiensten Empfehlungen zur Inklusion des Kindes oder konkrete Maßnahmen ausgesprochen?

- Nein Ja

Wenn ja, welche ?

9. Therapeutische Anbindung

Besucht das Kind externe Therapien?

- Nein Ja

Wenn ja welche?

- Logopädie
- Ergotherapie
- Physiotherapie
- _____

11. Erwartungen und Ziele zur Teilhabe des Kindes in der Kindertagesstätte

1. Lernen und kognitive Entwicklung: Was soll das Kind lernen?

2. Soziale Beziehungen und soziales Umfeld: Wie sollen in Zukunft die sozialen Beziehungen und das soziale Umfeld des Kindes aussehen?

3. Gesundheit: Was ist für die Gesundheit des Kindes wichtig?

4. Sprache: Was ist für die Sprachentwicklung des Kindes notwendig?

5. Weitere wichtige, bisher nicht genannte grundsätzliche Ziele:



Einschätzungen zur Entwicklung des Kindes:

Entwicklungsbereich Sprache		
		Bemerkung
Kann sich das Kind in der Gruppe verständigen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Besondere / Weitere Auffälligkeit(en) im Bereich Sprache (z.B. Sprachverständnis, aktiver Wortschatz, nonverbale Kommunikation, Sprechfreude)		



Entwicklungsbereich Kognitive Entwicklung		
	Ja/ Nein/ Teilweise	Bemerkung
Kann das Kind von sich aus eigene Spielideen entwickeln?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Kann das Kind für sich Handlungen planen und dieses dann umsetzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Kann das Kind die täglich wiederkehrenden (Tages-) Abläufe (z.B. Essenssituationen, Aufräumen) in der Kita umsetzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Besondere / Weitere Auffälligkeit(en) im Bereich Kognitive Entwicklung:		



Entwicklungsbereich Grob- und Feinmotorik

Auffälligkeit(en) im Bereich Grob- und Feinmotorik:

Entwicklungsbereich Wahrnehmung

Auffälligkeit(en) im Bereich Wahrnehmung:



Entwicklungsbereich Antrieb/ Motivation		
	Ja/ Nein/ Teilweise	Bemerkung
Wechselt das Kind häufig und ungeplant seine Aktivitäten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Spielt das Kind gemeinsam mit einer Gruppe von Kindern, sucht es sich Anregung für das eigene Spiel / holt es sich Impulse?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Besondere / Weitere Auffälligkeit(en) im Bereich Antrieb und Motivation:		



Entwicklungsbereich Selbstständigkeit / Lebenspraktische Fähigkeiten		
		Bemerkung
Ist das Kind selbstständig bei der Nahrungsaufnahme?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Zeigt das Kind Auffälligkeiten beim Essen? (Isst sehr viel oder sehr wenig oder Ungenießbares)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Geht das Kind selbstständig zur Toilette?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Nässt / kotet das Kind ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Ist das Kind selbstständig beim An- und Ausziehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Kann das Kind Gefahren einschätzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Besondere / Weitere Auffälligkeit(en) im Bereich Selbstständigkeit / Lebenspraktische Fähigkeiten:		



Entwicklungsbereich Soziale/Emotionale Kompetenz		
	Ja/ Nein/ Teilweise	Bemerkung
Schließt sich das Kind andern Kindern an?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Wird das Kind von anderen Kindern gemieden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Verhält sich das Kind distanzlos gegenüber Dritten (Kinder/Erzieher/Sonstigen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Sucht das Kind nur Kontakt zu Erwachsenen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Vermeidet das Kind Körperkontakt zu Dritten (Kinder/Erzieher/Sonstigen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Kann das Kind Gefühle bzw. Bedürfnisse äußern?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Schlägt, beißt, tritt, und/oder beschimpft das Kind bei Auseinandersetzung mit anderen Kindern?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Wirkt das Kind bei Konflikten hilflos / überfordert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	

Entwicklungsbereich Soziale/Emotionale Kompetenz (Fortsetzung)		
		Bemerkung
Zeigt das Kind gegenüber anderen Kindern Mitgefühl / Mitleid / Einfühlvermögen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Nimmt das Kind von sich aus Kontakt zur/m Erzieher(in)/ Betreuungspersonal auf?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Ignoriert das Kind Anweisungen / Verbote, reagiert es unangemessen, ggf. mit körperlicher Aggression?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Kann das Kind kurze Wartezeiten aushalten, wenn es etwas mitteilen oder erreichen möchte?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Ist das Kind aktiv in ein Spiel eingebunden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Freut sich das Kind über ein Spielergebnis und ist stolz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Bevorzugt das Kind Spiel mit Erwachsenen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Spielt das Kind eintönig (stereotyp)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Hält das Kind im Spiel die Regeln ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	



Entwicklungsbereich Soziale/Emotionale Kompetenz (Fortsetzung)

Welche Stellung hat das Kind in der Gruppe?

Welche Aktivitäten wählt das Kind während der Freispielzeit bevorzugt?

Besondere / Weitere Auffälligkeit(en) im Bereich Soziale/Emotionale Kompetenz:

Gruppenkonstellation

Wird die Gruppenkonstellation als hilfreich oder hemmend für das Kind empfunden?

Beschreibung der Situation und ggf. Begründung der o.g. Bewertung



Familiäre Situation
Beschreibung der familiären Situation bzw. des familiären Umfelds:

Bereich Gesundheit		
	Ja/ Nein/ Teilweise	Bemerkung
Ist das Kind häufig Krank?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Benötigt das Kind besondere Hilfsmittel? Wenn Ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Besondere / Weitere Auffälligkeit(en), soweit bekannt, im sonstigen Bereich der Gesundheit:		



Sonstiges aus dem Bereich Sozialer Lebensraum (z.B. Freizeitaktivitäten, Spielkontakte)

Datum

Unterschrift Mitarbeiter/In der Einrichtung