

Elternfragebogen Integrationshilfen Kindertagesstätten

Kontaktdaten			
Telefon privat:	Telefon beruflich:	Mobil:	E-Mail-Adresse

Sehr geehrte Damen und Herren,

um einen möglichst umfassenden Eindruck über Ihr Kind erhalten zu können, sind wir auf Ihre Mithilfe und Informationen angewiesen. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst detailliert, auch wenn Ihnen aktuell nicht alle Informationen vorliegen. Bitte füllen Sie den Fragebogen danach aus, wie sich das Verhalten Ihres Kindes aus Ihrer Perspektive darstellt, auch wenn dies von den Perspektiven anderer Personen abweichen sollte. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Angaben zum jungen Menschen und den Personensorgeberechtigten				
Name, Vorname:				
Geburtsdatum:				
Personensorgeberechtigte				
<input type="checkbox"/> die Eltern	<input type="checkbox"/> die Mutter	<input type="checkbox"/> der Vater	<input type="checkbox"/> der Vormund	
Personendaten der Eltern				
Mutter		Vater		
Name, Vorname		Name, Vorname		
Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer		
PLZ Wohnort		PLZ Wohnort		
Geburtsdatum		Geburtsdatum		
Schulabschluss		Schulabschluss		
Erlerner Beruf		Erlerner Beruf		
aktuelle Tätigkeit		aktuelle Tätigkeit		
Arbeitszeiten		Arbeitszeiten		
Familienstand der Personensorgeberechtigten				
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet

Geschwisterkinder (weitere Geschwister: Fortsetzung auf der Rückseite)				
Name, Vorname	Geburtsdatum	KiTa/ Schule	Verhältnis	Lebt im gemeinsamen Haushalt?
			<input type="checkbox"/> leiblich	<input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> Stiefkind	
			<input type="checkbox"/> Halbgeschwister	<input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> Pflegekind	
			<input type="checkbox"/> leiblich	<input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> Stiefkind	
			<input type="checkbox"/> Halbgeschwister	<input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> Pflegekind	
			<input type="checkbox"/> leiblich	<input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> Stiefkind	
			<input type="checkbox"/> Halbgeschwister	<input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> Pflegekind	
			<input type="checkbox"/> leiblich	<input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> Stiefkind	
			<input type="checkbox"/> Halbgeschwister	<input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> Pflegekind	

Kindertagesstätte				
Eltern ausländischer Herkunft/ Aussiedler/ Spätaussiedler				
Herkunftsland Mutter		Herkunftsland Vater		
Seit wann lebt der/die Betreffenden in Deutschland?				
<input type="checkbox"/> Familie:		<input type="checkbox"/> Mutter:		<input type="checkbox"/> Vater:
Deutsche Sprachkenntnisse von Mutter/ Vater				
Mutter:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> gut
Vater:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> gut
Deutsche Sprachkenntnisse des Kindes bei der Aufnahme in der Kindertagesstätte				
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> gut	
Hatte das Kind Sprachförderung/ Sprachförderunterricht erhalten?				
<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		
Wird in der Familie Deutsch gesprochen				
<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> eher weniger	<input type="checkbox"/> überwiegend	
Die hauptsächlich verwendete Sprache ist:				

Wohnsituation		
Hat das Kind ein eigenes Zimmer?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Das Kind teilt sich sein Zimmer mit:		
Weitere im Haushalt lebende Personen außer den Eltern und Kind/ Kindern		
Erziehung		
Das Kind wurde bisher vorwiegend erzogen von:		
<input type="checkbox"/> den Eltern gemeinsam	<input type="checkbox"/> der Mutter	<input type="checkbox"/> dem Vater
<input type="checkbox"/> den Großeltern	<input type="checkbox"/> sonstige:	
Besteht zwischen den Eltern Einigkeit hinsichtlich der Erziehung?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Optional: <input type="checkbox"/> Abweichungen im Erziehungsstil sind:		
Bestehen konkrete Probleme oder Schwierigkeiten zwischen dem Kind und den Eltern/ eines Eltern teils?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende:	
Wie ist die Beziehung des Kindes zu den Geschwisterkindern?		
<input type="checkbox"/> überwiegend gut	<input type="checkbox"/> häufig Streit wegen:	
Gesundheit der Eltern/ der Geschwisterkinder		
Mutter		
Schwere körperliche Erkrankungen:		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende:	
Schwere psychische Erkrankungen:		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende:	
Krankenhausaufenthalte:		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende:	

Vater		
Schwere körperliche Erkrankungen:		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende:	
Schwere psychische Erkrankungen:		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende:	
Krankenhausaufenthalte:		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende:	
Geschwister (bei Mehrfachangaben: Fortführung Rückseite)		
Schwere körperliche Erkrankungen:		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende:	
Schwere psychische Erkrankungen:		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende:	
Krankenhausaufenthalte:		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende:	
Entwicklung des Kindes		
Schwangerschaft		
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Komplikationen/ belastende Bedingungen:	
Geburt		
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in Schwangerschaftswoche:	<input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt, Anzahl der Kinder:
<input type="checkbox"/> Geburtsgewicht unter 2500 Gramm		<input type="checkbox"/> Geburtsgewicht über 4500 Gramm
Entbindungsart		
<input type="checkbox"/> Normale Geburt	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	
<input type="checkbox"/> Zangengeburt	<input type="checkbox"/> Saugglockengeburt	

Komplikationen vor/ während/ nach der Geburt	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende:
Ernährung/Verhalten im 1. Lebensjahr (Mehrfachantworten sind möglich)	
<input type="checkbox"/> wurde gestillt, Wochen/Monate:	<input type="checkbox"/> wurde nicht gestillt
<input type="checkbox"/> Koliken	<input type="checkbox"/> ruhiges/zufriedenes Kind
<input type="checkbox"/> häufiges Schreien/erhöhte Unruhe	<input type="checkbox"/> besonders ruhig und bewegungsarm
<input type="checkbox"/> besonders reizüberempfindlich	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen (Aufschrecken, geringes Schlafbedürfnis)
Motorische Entwicklung	
<input type="checkbox"/> krabbeln mit	Monaten <input type="checkbox"/> nicht gekrabbelt
<input type="checkbox"/> laufen mit	Monaten <input type="checkbox"/> verzögerte motorische Entwicklung
Das Kind erhielt/ erhält:	
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	Alter:
Behandlungsdauer:	
Therapeut/in:	
<input type="checkbox"/> Frühförderung	Alter:
Behandlungsdauer:	
Therapeut/in:	
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	Alter:
Behandlungsdauer:	
Therapeut/in:	
Sprachliche Entwicklung	
In der Vergangenheit	
<input type="checkbox"/> sprach lange wenige gleiche Wörter	<input type="checkbox"/> sprach sehr undeutlich
<input type="checkbox"/> sprach kaum oder gar nicht	<input type="checkbox"/> sprach sehr langsam
<input type="checkbox"/> konnte einfach Sätze nicht richtig bilden	<input type="checkbox"/> sprach sehr viel
<input type="checkbox"/> andere Auffälligkeiten:	
Aktuell:	
<input type="checkbox"/> hat einen geringen Wortschatz	<input type="checkbox"/> spricht undeutlich
<input type="checkbox"/> spricht kurze, unvollständige oder falsch geordnete Sätze	<input type="checkbox"/> spricht überstürzt, verschluckt, verstellt Laute
<input type="checkbox"/> spricht langsam/stockend/stotternd	<input type="checkbox"/> spricht oft leise und unsicher
Das Kind erhielt/ erhält Logopädie:	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja :
Alter:	
Behandlungsdauer:	
Therapeut/in:	

Gesundheit	
Sind bei Ihrem Kind körperlich oder psychische Erkrankungen festgestellt worden und liegen bereits eine konkrete Diagnostik vor?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja folgende:
Die Diagnostik erfolgte durch:	Die Diagnostik erfolgte am:
Wurde ein medizinische oder anderweitige Therapie vorgenommen	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja folgende:
Die Therapie erfolgte durch:	Die Therapie erfolgte von / bis:
Welche Erkrankungen hatte das Kind zudem?	
<input type="checkbox"/> häufige Erkältungen <input type="checkbox"/> Hals-/ Rachenerkrankungen: <input type="checkbox"/> Ohrenerkrankungen: <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen: <input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Allergien: <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung <input type="checkbox"/> Kinderkrankheiten: <input type="checkbox"/> sonstige:
Hatte ihr Kind unfallbedingte Verletzungen?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja folgende:
Die Therapie erfolgte durch:	Die Therapie erfolgte von / bis:
Hatte Ihr stationäre Krankenhausaufenthalte	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja von / bis:
Werden bestimmte Krankheitssymptome/Auffälligkeiten häufig beobachtet?	
<input type="checkbox"/> Übelkeit/ Erbrechen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Einnässen / Einkoten <input type="checkbox"/> gestörtes Essverhalten	<input type="checkbox"/> Schmerzen in folgender/-n Körperregion/-en: <input type="checkbox"/> Koliken <input type="checkbox"/> Ein-und/oder Durchschlafstörungen <input type="checkbox"/> Tics (z.B. Augenzwinkern, Mundzucken, Bewegungen) <input type="checkbox"/> sonstige:

In welchem Zusammenhang / in welchen Situationen werden die Symptome / Auffälligkeiten beobachtet?		
Wie oft ist Ihr Kind im Jahr krank?		
<input type="checkbox"/> 0 – 3 Mal	<input type="checkbox"/> 4 – 5 Mal	<input type="checkbox"/> 6 Mal und mehr
Welche Therapien wurden diesbezüglich bisher empfohlen und durchgeführt?		
<input type="checkbox"/> empfohlene/ durchgeführte Therapien:		
Die Therapie wurde empfohlen /erfolgte durch:	Die Therapie erfolgte von / bis:	
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja folgende:	
Besondere Ereignisse		
<input type="checkbox"/> Tod der Mutter <input type="checkbox"/> der Großmutter <input type="checkbox"/> Tod des Vaters <input type="checkbox"/> Großvaters <input type="checkbox"/> Tod eines Geschwisterkindes <input type="checkbox"/> Trennung der Eltern <input type="checkbox"/> Trennung von Geschwistern <input type="checkbox"/> Stiefkind/Pflegekind/Adoptivkind <input type="checkbox"/> Aufenthalt im Heim, von / bis:	Alter des Kindes:	
	Alter des Kindes:	
Schwere Erkrankung: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Geschwisterkind <input type="checkbox"/> Großmutter <input type="checkbox"/> Großvater	Alter des Kindes:	
	Alter des Kindes:	
<input type="checkbox"/> Aufenthalt in Pflegefamilie von / bis:	Alter des Kindes:	
<input type="checkbox"/> Wohnortwechsel von / nach:	Alter des Kindes:	
<input type="checkbox"/> Wohnortwechsel von / nach:	Alter des Kindes:	
<input type="checkbox"/> Wohnortwechsel von / nach:	Alter des Kindes:	
<input type="checkbox"/> sonstige:		

Kindertagesstätte			
Form der KiTa			
<input type="checkbox"/> Kinderkrippe und Regelkindergarten	<input type="checkbox"/> Sprachheilkindergarten	<input type="checkbox"/> Heilpädagogischer Kindergarten	
Geht das Kind gerne in die KiTa?			
<input type="checkbox"/> im Allgemeinen ja		<input type="checkbox"/> nein, warum?	
Wie verhält sich das Kind in der KiTa?			
<input type="checkbox"/> unauffällig		<input type="checkbox"/> auffällig, warum?	
Verhalten des Kindes			
Das Kind verbringt seine Freizeit außerhalb des Elternhauses...			
<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Das Kind ist lieber:			
<input type="checkbox"/> für sich allein		<input type="checkbox"/> zusammen mit gleichaltrigen Kindern	
<input type="checkbox"/> zusammen mit jüngeren Kindern		<input type="checkbox"/> zusammen mit älteren Kindern	
Hat das Kind Freundinnen/Freunde?			
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, wie viele?	
<input type="checkbox"/> eine besondere Freundin/einen besonderen Freund		<input type="checkbox"/> schnell wechselnde Freundschaften	
Wie verhält sich das Kind im Umgang mit anderen Kindern?			
<input type="checkbox"/> geht auf andere Kinder zu		<input type="checkbox"/> verhält sich anderen Kindern gegenüber oft rücksichtslos	
<input type="checkbox"/> wird schnell einbezogen/ist beliebt		<input type="checkbox"/> kann Konflikte gut/in angemessener Weise lösen	
<input type="checkbox"/> kann gut mit anderen zusammen spielen		<input type="checkbox"/> neigt schnell zu Zorn- und Wutausbrüchen	
<input type="checkbox"/> will meistens im Mittelpunkt stehen		<input type="checkbox"/> hält sich nicht an Regeln und Abmachungen	
<input type="checkbox"/> bringt oft Ideen/Spielvorschläge ein		<input type="checkbox"/> gibt schnell nach/zieht sich bei Konflikten schnell zurück	
<input type="checkbox"/> wird kaum beachtet/ist oft Außenseiter/in		<input type="checkbox"/> geht auf Spielvorschläge anderer Kinder ein	
<input type="checkbox"/> will meistens bestimmen/Anführer/in sein		<input type="checkbox"/> schimpft und schlägt schnell	
<input type="checkbox"/> stört, ärgert andere Kinder oft		<input type="checkbox"/> anders:	
Wie?			
Hat das Kind besondere Interessen/Fähigkeiten?			
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, welche?	
Ist das Kind in einem Verein/in einer Jugendgruppe?			
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> zur Zeit nicht, war schon mal	
<input type="checkbox"/> ja, folgende:			

Hat das Kind an Ferienfreizeiten teilgenommen?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, an folgenden:
Welche Verhaltensweisen beobachten Sie oft?	
<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> schnell wechselnde Stimmungen
<input type="checkbox"/> unbeherrscht/impulsiv	<input type="checkbox"/> Vermeiden von Blickkontakt/häufiges Erröten
<input type="checkbox"/> starke Nervosität/Anspannung	<input type="checkbox"/> selbstsicher/selbstbewusst
<input type="checkbox"/> kontaktfreudig/offen	<input type="checkbox"/> Lebensunlust/äußert Selbstmordgedanken
<input type="checkbox"/> hilfsbereit	<input type="checkbox"/> bedrückte/depressive Stimmung
<input type="checkbox"/> überempfindlich/sehr empfindsam	<input type="checkbox"/> selbständig/verantwortungsbewusst
<input type="checkbox"/> freundlich/lieb	<input type="checkbox"/> lebensfroh/fröhlich
<input type="checkbox"/> häufig aggressiv	<input type="checkbox"/> verbale und/oder körperliche Aggression/Gewalttätigkeit
<input type="checkbox"/> Zerstörungswut	<input type="checkbox"/> starke Anpassungsschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> aktiv/kreativ	<input type="checkbox"/> große Angst vor/bei
<input type="checkbox"/> anpassungsfähig	<input type="checkbox"/> Lügen
<input type="checkbox"/> Kontaktscheue/Einzelgängertum	<input type="checkbox"/> einsichtig/umgänglich
<input type="checkbox"/> Stehlen	<input type="checkbox"/> sexuelle Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/> andere Auffälligkeiten:	
In welchen Situationen beobachten Sie die auffälligen Verhaltensweisen besonders oft?	
Einschätzungen der Eltern	
Welche Schwierigkeiten bestehen in der KiTa aus Ihrer Sicht bei ihrem Kind vorrangig?	
Wie erklären Sie sich diese Schwierigkeiten des Kindes?	
Auf welche Weise haben Sie bisher versucht, dem Kind zu helfen?	
Welche Versuche waren hilfreich? Welche Verbesserungen/Veränderungen konnten erreicht werden?	
Welche Veränderungen/Ziele soll Ihr Kind erreichen?	

Was glauben Sie, wie Sie Ihrem Kind helfen könnten, diese Veränderungen/Ziele zu erreichen?	
Antragstellung	
Wer hat Sie auf die Möglichkeit der Antragstellung gemäß § 35a SGB VIII aufmerksam gemacht?	
Hatten Sie bereits Kontakt zu Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des Jugendamtes?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja am:
Name der/ des Mitarbeiterin/Mitarbeiters:	
Wurden/werden bereits Hilfemaßnahmen des Jugendamtes durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Art der Hilfe:	
Dauer der Hilfe:	
Anmerkungen	

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:			
<input type="checkbox"/> den Eltern gemeinsam	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> sonstige:
Unterschriften der Personensorgeberechtigten			
Ort:		Datum:	
Mutter	Vater	Vormund	
Unterschriften des jungen Erwachsenen			
Ort:		Datum:	
Junger Erwachsener			