

Fragebogen zur Umsetzung der Inklusion von Kindern mit seelischen Behinderungen in Kindertagesstätten zum Antrag auf Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII

Sehr geehrte Damen und Herren,

um einen möglichst umfassenden Eindruck über das 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 des 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			
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
PLZ, Wohnort			
Straße, Hausnummer			
Tel.-Nr. der Eltern			
Angaben zur Kindertagesstätte			
Name:			
Anschrift:			
Telefonnummer:			
E-Mail:			
Ansprechpartner:			
E-Mail Ansprechpartner (optional)			
Angaben zur Aufnahme des jungen Menschen			
<input type="checkbox"/> Das Kind soll aufgenommen werden am		<input type="checkbox"/> Das Kind besucht die Kita bereits seit	
Konzeptionelle Ausrichtung der Kindertagesstätte			
Betreuungsformen			
<input type="checkbox"/> offene Gruppen	<input type="checkbox"/> geöffnete Gruppen	<input type="checkbox"/> teiloffene Gruppen	<input type="checkbox"/> geschlossene Gruppen
<input type="checkbox"/> Krippengruppe		<input type="checkbox"/> Hortgruppe	
<input type="checkbox"/> Kleine Altersmischung		<input type="checkbox"/> Große Altersmischung	
<input type="checkbox"/> Andere:			
Angaben zur Gruppe			
Name der Gruppe:		Stellenschlüssel:	Gruppengröße:
Angaben zur personellen Situation in der KiTa			
<input type="checkbox"/> die KiTa/ die Gruppe ist nach dem Personalschlüssel voll besetzt		<input type="checkbox"/> die Kita / die Gruppe ist nicht ausreichend besetzt, wegen:	

Anwesenheitszeiten des Kindes		
Wochentag	Stundenanzahl	von / bis
Montag	Stunden:	Uhr
Dienstag	Stunden:	Uhr
Mittwoch	Stunden:	Uhr
Donnerstag	Stunden:	Uhr
Freitag	Stunden:	Uhr
Anmerkung: Die Einsatzzeiten der Integrationshilfe/ dem Träger werden vor Ort mit dem Team der Kindertagesstätte geplant und sind nach Absprache mit der Integrationshilfe/ dem Träger veränderbar.		
Besucht das Kind regelmäßig die Kita?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, weil:	
Fehlzeiten im Monat:		Begründung, soweit bekannt:
Erfahrungen mit der Umsetzung der Inklusion		
Haben Sie Erfahrung bezüglich der Inklusion von Kindern mit Behinderung?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn Ja, wird/wurde der Bedarf durch einen externen Anbieter (Integrationsfachdienst) gedeckt?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, durch welchen Anbieter?		
Kooperationen zu externen Fachdiensten		
Gibt es feste Kooperationen zu externen Fachdiensten?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Fachdienste		
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle	<input type="checkbox"/> Frühförderzentrum	
<input type="checkbox"/> mobile heilpädagogische Entwicklungsbegleitung	<input type="checkbox"/> Autismus-Therapie	
<input type="checkbox"/> Praxis für Entwicklungspädagogik	<input type="checkbox"/> Fachberatung	
<input type="checkbox"/> Sonstige:		
Name und Anschrift des Fachdienstes/ der Fachdienste:		

Fachliche Empfehlungen				
Wurden von diesen Fachdiensten Empfehlungen zur Inklusion des Kindes oder konkrete Maßnahmen ausgesprochen?				
<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche?				
Was wurde ggf. seitens der KiTa unternommen, um die Herausforderungen im Sozialverhalten des Kindes zu verringern?				
Welche Maßnahmen waren bisher erfolgreich bzw. nicht und warum?				
Therapeutische Anbindung				
Besucht das Kind externe Therapien?				
<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche?				
<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Autismus-Therapie
<input type="checkbox"/> Sonstige:				
Erwartungen und Ziele zur Teilhabe des Kindes in der Kindertagesstätte				
Lernen und kognitive Entwicklung: Was soll das Kind lernen?				
Soziale Beziehungen und soziales Umfeld: Wie sollen in Zukunft die sozialen Beziehungen und das soziale Umfeld des Kindes aussehen?				
Gesundheit: Was ist für die Gesundheit des Kindes wichtig?				
Sprache: Was ist für die Sprachentwicklung des Kindes notwendig?				
Weitere wichtige, bisher nicht genannte grundsätzliche Ziele:				

Einschätzungen zur Entwicklung des Kindes		
Entwicklungsbereich Sprache		
Kann sich das Kind in der Gruppe verständigen?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bemerkung:		
Besondere / Weitere Auffälligkeit/-en im Bereich Sprache (z.B. Sprachverständnis, aktiver Wortschatz, nonverbale Kommunikation, Sprechfreude)		
Entwicklungsbereich Kognition		
Kann das Kind von sich aus eigene Spielideen entwickeln?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Bemerkung:		
Kann das Kind für sich Handlungen planen und dieses dann umsetzen?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Bemerkung:		
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
Bemerkung:		
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 Motivation				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 Antrieb und Motivation:				

Entwicklungsbereich Soziale/Emotionale Kompetenz				
				Bemerkung:
Sucht das Kind von sich aus den Kontakt zu anderen Kindern?	<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	
Wird das Kind in Konfliktsituationen mit anderen Kindern körperlich und/oder verbal übergriffig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	Verbale Übergriffe in Form von:
				<input type="checkbox"/> ordinärer Sprache
				<input type="checkbox"/> sexualisierter Sprache
				Körperliche Übergriffe in Form von
<input type="checkbox"/> Schlagen	<input type="checkbox"/> Haare reißen			
<input type="checkbox"/> Treten	<input type="checkbox"/> Spucken			
<input type="checkbox"/> Beißen	<input type="checkbox"/> sonstige:			
<input type="checkbox"/> Kneifen/ Kratzen				
Wie führt das Kind die Übergriffshandlungen aus?				
<input type="checkbox"/> gezielt und vorsätzlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	
<input type="checkbox"/> spontan und impulsiv	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	
Wird das Kind in Konfliktsituationen mit Erwachsenen körperlich und/oder verbal übergriffig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	Verbale Übergriffe in Form von:
				<input type="checkbox"/> ordinärer Sprache
				<input type="checkbox"/> sexualisierter Sprache
				Körperliche Übergriffe in Form von:
<input type="checkbox"/> Schlagen	<input type="checkbox"/> Haare reißen			
<input type="checkbox"/> Treten	<input type="checkbox"/> Spucken			
<input type="checkbox"/> Beißen	<input type="checkbox"/> sonstige:			
<input type="checkbox"/> Kneifen/ Kratzen				

Wie führt das Kind die Übergriffshandlungen aus?	<input type="checkbox"/> gezielt und vorsätzlich			
	<input type="checkbox"/> spontan und impulsiv			
Wirkt das Kind bei Konflikten hilflos / überfordert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	
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	
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				
Wie wird die Gruppenkonstellation für das Kind empfunden?	<input type="checkbox"/> hilfreich		<input type="checkbox"/> hemmend	

Familiäre Situation			
Beschreibung der familiären Situation bzw. des familiären Umfelds:			
Gesundheit			
Ist das Kind häufig krank?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Benötigt das Kind besondere Hilfsmittel?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
Besondere / Weitere Auffälligkeit(en), soweit bekannt, im sonstigen Bereich der Gesundheit:			
Sonstiges aus dem Bereich Sozialer Lebensraum (z.B. Freizeitaktivitäten, Spielkontakte):			
Kooperation zwischen Mitarbeiter/-innen und Eltern/ Personensorgeberechtigten			
Eltern nehmen an Beratungsgesprächen teil	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Eltern nehmen Ihrerseits Kontakt zu Mitarbeiter/ -innen auf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Absprachen zwischen Mitarbeiter/ -innen und Eltern sind möglich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Absprachen werden von den Eltern längerfristig umgesetzt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise

Unterschriften der Mitarbeiter/-innen der Kindertagesstätte	
Ort:	Datum:
Bezugsbetreuende Fachkraft der Einrichtung	Leitende Fachkraft der Einrichtung