

Elternfragebogen

Schul-/Kitabegleitung

Datum: _____

Telefon:

tagsüber erreichbar unter (priv., berufl. oder mobil)

email: _____

Liebe Eltern,

um einen möglichst umfangreichen Eindruck Ihres Kindes zu erhalten, sind Ihre Informationen sehr hilfreich. Bitte beantworten Sie die Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen nicht alle Informationen vorliegen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen danach aus, wie Sie das Verhalten Ihres Kindes einschätzen, auch wenn andere Personen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Angaben zu Kind und Eltern				
Name, Vorname des Kindes		Geburtsdatum		
InhaberIn der Personensorge <input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Sonstige, nämlich:				
Name, Vorname des Vaters		Name, Vorname der Mutter		
Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer		
PLZ Wohnort		PLZ Wohnort		
Geburtsdatum		Geburtsdatum		
Schulabschluss		Schulabschluss		
Erlerner Beruf		Erlerner Beruf		
derzeitige Tätigkeit		derzeitige Tätigkeit		
Arbeitszeiten		Arbeitszeiten		
Familienstand der Personensorgeberechtigten: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet				
Im Haushalt lebende Geschwister (ggf. auf Rückseite fortführen)				
Name	Geburtsdatum	Derzeitiger Kindergarten/ Schule	leiblich (L) Stiefkind (S), Halbgeschwister (H) Pflegekind (P)	Lebt im gemeinsamen Haushalt?

Eltern ausländischer Herkunft/Aussiedlerfamilien

Herkunftsland Mutter _____ Herkunftsland Vater _____

Seit wann lebt die Familie die Mutter der Vater in Deutschland? _____

Verfügen die Mutter/der Vater über deutsche Sprachkenntnisse?

 keine mittelmäßige geringe gute

Hatte das Kind bei der Einschulung deutsche Sprachkenntnisse?

 keine mittelmäßige geringe gute

Hat das Kind Sprachförderung/Sprachförderunterricht erhalten?

 nein ja, von _____ bis _____

Wird in der Familie Deutsch gesprochen?

 gar nicht eher wenig kaum überwiegend**Wohnsituation**Hat das Kind ein eigenes Zimmer? ja nein

Das Kind teilt sich ein Zimmer mit _____

Welche Personen leben außer den Eltern/Kindern noch im Haushalt? _____

Erziehung

Das Kind wurde bisher vorwiegend erzogen

 von der Mutter von dem Vater von den Eltern gemeinsam von den Großeltern oder Schwiegereltern von _____

Besteht zwischen den Eltern hinsichtlich der Erziehung Einigkeit?

 ja häufig uneinig, weil _____

Bestehen bestimmte Probleme oder Schwierigkeiten zwischen dem Kind und den Eltern/einem Elternteil?

 nein ja, welche _____

Wie ist die Beziehung des Kindes zu seinen Geschwistern?

 überwiegend gut häufig Streit, wegen _____

Erkrankungen Eltern/Geschwister

Schwere Erkrankung der Mutter	_____
Krankenhausaufenthalte der Mutter, Zeitraum von / bis	_____
Schwere Erkrankung des Vaters	_____
Krankenhausaufenthalte des Vaters, wenn von / bis	_____
Schwere Erkrankung der Geschwister	_____
Krankenhausaufenthalte, wenn ja von / bis	_____

Entwicklung des Kindes

Schwangerschaft	
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Komplikationen/belastende Bedingungen _____

Geburt

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt, Zangen-, Saugglockengeburt
<input type="checkbox"/> Geburtsgewicht unter 2500 Gramm	<input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt
<input type="checkbox"/> Frühgeburt (vor 37. Woche)	<input type="checkbox"/> Geburtsgewicht über 4500 Gramm

Ernährung/Verhalten (1. Lebensjahr)

Mehrfachantworten bei den folgenden Fragen möglich

<input type="checkbox"/> wurde nicht gestillt	<input type="checkbox"/> wurde gestillt (Wochen/Monate) _____
<input type="checkbox"/> häufiges Schreien/erhöhte Unruhe	<input type="checkbox"/> besonders ruhig und bewegungsarm
<input type="checkbox"/> ruhiges/zufriedenes Kind	<input type="checkbox"/> besonders reizüberempfindlich
<input type="checkbox"/> Krämpfe	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen (Aufschrecken, geringes Schlafbedürfnis)

Motorische Entwicklung

<input type="checkbox"/> krabbeln mit _____ Monaten	<input type="checkbox"/> laufen mit _____ Monaten
<input type="checkbox"/> nicht gekrabbelt	<input type="checkbox"/> motorische Entwicklung verzögert *)
Das Kind hat Krankengymnastik, Frühförderung, Ergotherapie erhalten (Alter, Behandlungsdauer) _____ _____	
Das Kind	
<input type="checkbox"/> ist in seinen Bewegungen unruhig	
<input type="checkbox"/> kann nur schwer auf seinem Platz sitzen bleiben	
<input type="checkbox"/> ist in seinen Bewegungen langsam und schwerfällig	
<input type="checkbox"/> stolpert häufig beim Gehen und Laufen	
<input type="checkbox"/> verhält sich oft ungeschickt, z. B. _____	

Sprachliche Entwicklung

Das Kind

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> sprach lange wenige gleiche Wörter | <input type="checkbox"/> hat einen geringen Wortschatz |
| <input type="checkbox"/> sprach sehr undeutlich | <input type="checkbox"/> spricht undeutlich |
| <input type="checkbox"/> sprach kaum oder gar nicht | <input type="checkbox"/> spricht kurze, unvollständige oder falsch geordnete Sätze |
| <input type="checkbox"/> sprach sehr langsam | <input type="checkbox"/> spricht überstürzt, verschluckt, verstellt Laute |
| <input type="checkbox"/> konnte einfache Sätze nicht richtig bilden | <input type="checkbox"/> spricht langsam/stockend/stotternd |
| <input type="checkbox"/> sprach sehr viel | <input type="checkbox"/> spricht oft leise und unsicher |
| <input type="checkbox"/> andere Auffälligkeiten | |

Sprachtherapie

- nein ja, von _____ bis _____

Therapeut/in _____

Erkrankungen

Sind bei Ihrem Kind Erkrankungen festgestellt worden, liegen bereits bestimmte Diagnosen vor?

welche? _____

durch wen / wann festgestellt _____

Welche Erkrankungen hatte das Kind (zudem)?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> häufige Erkältungen | <input type="checkbox"/> Asthma/Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Hals-/ Rachenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Ohrenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung |
| <input type="checkbox"/> Kinderkrankheiten | <input type="checkbox"/> andere, welche? |

Unfälle/Stürze Alter _____ Beschreibung _____

Krankenhausaufenthalt Alter _____ Dauer _____

Grund _____

Krankenhausaufenthalt Alter _____ Dauer _____

Grund _____

Werden bestimmte Krankheitssymptome/Auffälligkeiten häufig beobachtet?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen/Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> gestörtes Essverhalten |

- Krämpfe Schlafstörungen
 Einnässen/Einkoten Tics (z.B. Augenzwinkern, Mundzucken, Bewegungen)
 andere, welche? _____

In welchem Zusammenhang / in welchen Situationen werden die Symptome / Auffälligkeiten beobachtet?

Wie oft ist das Kind im Jahr krank? 0- bis 3-mal 4- bis 5-mal 6-mal und mehr

Regelmäßige Medikamenteneinnahme? ja, welche? _____

Welche Behandlungen/Therapiemaßnahmen wurden bisher empfohlen und durchgeführt?

von wem? _____ welche? _____ durchgeführt von/bis _____

von wem? _____ welche? _____ durchgeführt von/bis _____

von wem? _____ welche? _____ durchgeführt von/bis _____

Besondere Ereignisse

- | | | | |
|---|---|------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Tod der Mutter/Großmutter | | Alter des Kindes | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tod des Vaters/Großvaters | | Alter des Kindes | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tod eines Geschwisters | | Alter des Kindes | _____ |
| <input type="checkbox"/> Trennung der Eltern | | Alter des Kindes | _____ |
| <input type="checkbox"/> Trennung von Geschwistern | | Alter des Kindes | _____ |
| <input type="checkbox"/> Stiefkind/Pflegekind/Adoptivkind | | seit | _____ |
| <input type="checkbox"/> Schwere Erkrankung | <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Geschwister | | |
| | <input type="checkbox"/> Großmutter <input type="checkbox"/> Großvater | Alter des Kindes | _____ |
| <input type="checkbox"/> Aufenthalt im Heim | | von/bis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Aufenthalt in Pflegefamilie | | von/bis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Wohnortwechsel | von _____ nach _____ | Alter des Kindes | _____ |
| | von _____ nach _____ | Alter des Kindes | _____ |
| | von _____ nach _____ | Alter des Kindes | _____ |
| <input type="checkbox"/> andere, welche? | _____ | | |

Kindergarten

Kinderkrippe und Regelkindergarten von _____ bis _____

Sprachheilkindergarten von _____ bis _____

Heilpädagogischer Kindergarten von _____ bis _____

Ging das Kind gerne in den Kindergarten?

- im Allgemeinen ja nein, weil _____

Wie verhält/verhielt sich das Kind im Kindergarten?

- unauffällig auffällig, weil _____
 besuchte keinen Kindergarten, weil _____

Schule

Schulverlauf Vorschule von _____ bis _____
 altersgemäße Einschulung ja nein
 vorzeitige Einschulung wann _____ warum _____
 Rückstellung wann _____ warum _____
 Sprachheilklasse von _____ bis _____
 andere Beschulung, welche? _____
 Wiederholung der Klasse _____ Elternwunsch Anraten der Schule
 Schulwechsel wann _____ warum _____
 zeitweise kein Schulbesuch, weil _____

Geht das Kind gerne in die Schule?

- im Allgemeinen ja nein hat große Angst vor der Schule

Geht das Kind regelmäßig in die Schule?

- ja fehlt oft, weil _____
 kommt häufig zu spät schwänzt

Mag das Kind seine Klassenlehrerin/seinen Klassenlehrer?

- ja nein, weil _____

Fühlt sich das Kind im Klassenverband wohl?

- ja nein, weil _____

Hat das Kind in der Klasse Freunde/Freundinnen?

- ja nein, weil _____

Ist das Verhältnis des Kindes zu seinen Mitschülern/zu einigen Mitschülern gestört?

- nein ja, weil _____

Ist das Verhältnis des Kindes zu einem oder mehreren Lehrern gestört?

- nein ja, weil _____

Ist das Kind nach Ihrer Einschätzung in die Klassengemeinschaft integriert?

- ja nein, weil _____

Werden von Seiten der Schule bestimmte Verhaltensweisen des Kindes als auffällig beurteilt?

- nein ja, welche _____

Letztes Gespräch mit der Klassenlehrerin/dem Klassenlehrer _____

Bekommt das Kind Nachhilfe?

- nein ja, durch häusliches Üben ja, durch Nachhilfe
 ja, durch Förderunterricht in der Schule, seit wann _____ wie häufig in der Woche _____

bekommt Ihr Kind einen Nachteilsausgleich in der Schule (z.B. gesonderte individuelle Aufgaben, Aussetzen der Note, stärkere Gewichtung mündlicher Leistungen, Ausweitung der Arbeitszeit bei Lernkontrollen, Entsprechendes bitte unterstreichen)

ja, durch _____ in der Woche _____ Stunden

Wie viel Zeit benötigt das Kind für die Hausaufgaben? ungefähr tägl. _____ Stunden

Wie erledigt das Kind seine schulischen Aufgaben?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> fängt von selbst an | <input type="checkbox"/> muss erinnert und aufgefordert werden |
| <input type="checkbox"/> erledigt die Aufgaben selbständig | <input type="checkbox"/> weigert sich oft, die Aufgaben zu machen |
| <input type="checkbox"/> erledigt die Aufgaben zügig | <input type="checkbox"/> arbeitet langsam |
| <input type="checkbox"/> arbeitet sorgfältig | <input type="checkbox"/> arbeitet nicht sorgfältig und wenig motiviert |
| <input type="checkbox"/> arbeitet konzentriert | <input type="checkbox"/> arbeitet sehr unkonzentriert |
| <input type="checkbox"/> braucht kaum Hilfe | <input type="checkbox"/> braucht häufig Hilfe |
| <input type="checkbox"/> weint oft bei den Hausaufgaben | <input type="checkbox"/> verhält sich oft aggressiv |
| <input type="checkbox"/> häufige Auseinandersetzungen | <input type="checkbox"/> anders, wie _____ |

Werden die Hausaufgaben kontrolliert?

- nein gelegentlich ja, durch _____

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 jüngeren Kindern |
| <input type="checkbox"/> zusammen mit gleichaltrigen Kindern | <input type="checkbox"/> zusammen mit älteren Kindern |

Hat das Kind Freundinnen/Freunde?

- nein ja, wie viele? _____
 eine besondere Freundin/einen besonderen Freund
 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?

- nein ja, welche? _____
- _____

Ist das Kind in einem Verein/in einer Jugendgruppe?

- nein zurzeit nicht, war schon mal _____
- ja _____ seit _____

Hat das Kind an Ferienfreizeiten teilgenommen?

- nein ja, welchen? _____

Welche Verhaltensweisen beobachten Sie oft? Ist das Kind häufig?

Seit wann (Alter des Kindes _____) beobachten Sie das auffällige Verhalten?

- | | |
|--|--|
| <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, welche? | |

In welchen Situationen beobachten Sie die auffälligen Verhaltensweisen besonders oft?

Einschätzung der Eltern

Welche schulischen/Kita Schwierigkeiten bestehen 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?

nein

ja, wann? _____

mit _____

Wurden/werden bereits Hilfemaßnahmen des Jugendamtes durchgeführt?

nein

ja von _____ bis _____

von _____ bis _____

welche? _____

Anmerkungen

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von

Mutter

Vater

beiden Eltern

von _____

Unterschrift

Unterschrift