

Familienname des Kindes: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Kindergarten: _____ Gruppe: _____

1. Bei wem lebt Ihr Kind hauptsächlich? (Hier bitte nur ein Kreuz machen!)

- Bei den Eltern.....
- Bei einem Elternteil (Mutter oder Vater).....
- Bei der Mutter und ihrem neuen Partner
oder beim Vater und seiner neuen Partnerin
- Bei anderen Verwandten.....
- Bei Pflegeeltern.....
- In einem Heim.....

2. Mit wie vielen älteren und jüngeren Geschwistern lebt Ihr Kind zusammen?

(Gemeint sind in diesem Fall auch Halbgeschwister und angeheiratete Geschwister.)

Mein Kind lebt mit keinen Geschwistern zusammen, es lebt als Einzelkind → Sie machen weiter mit Frage 3

Bitte geben Sie die Geburtsjahre der Geschwister an:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?

(Bitte für beide Elternteile angeben!)

Mutter Seit meiner Geburt

Seit (Jahreszahl)

--	--	--	--

Vater Seit meiner Geburt

Seit (Jahreszahl)

--	--	--	--

4. Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen?

Deutsch Andere Sprachen

Welche anderen Sprachen? _____

5. Welche Sprache wurde bevorzugt mit Ihrem Kind während der ersten drei Lebensjahre gesprochen?

Deutsch Andere Sprachen

Welche anderen Sprachen? _____

6. War die Geburt Ihres Kindes

eine normale Geburt ?.....

eine Frühgeburt ?.....

eine Mehrlingsgeburt ?.....

Wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt?

ca.

--	--	--	--

 Gramm weiß nicht

Kam es bei der Geburt zu Komplikationen?

Ja Nein Weiß nicht

Wenn ja, welche? _____

7. Hat oder hatte Ihr Kind jemals folgende Krankheiten?

Asthma Ja Nein

Hatte Ihr Kind in den letzten zwölf Monaten beim Atmen pfeifende oder keuchende Geräusche? Ja Nein

Mittelohrentzündung (mindestens zwei) Ja Nein

Herzleiden Ja Nein

Zuckerkrankheit/Diabetes mellitus Ja Nein

Anfallsleiden/Epilepsie Ja Nein

Hämophilie/andere Blutungskrankheiten Ja Nein

Rheumatische Erkrankungen Ja Nein

8. Hatte Ihr Kind jemals weitere Krankheiten, die bisher nicht genannt wurden?

Ja Nein Weiß nicht

Wenn ja, welche? _____

9. Hat Ihr Kind eine Brille (Sehhilfe)? Ja Nein

In welchem Alter hat Ihr Kind die Sehhilfe bekommen? Mit

--	--

 Jahren

Wurde Ihr Kind in den letzten sechs Monaten von einem Augenarzt/einer Augenärztin untersucht oder behandelt?

Ja Nein

10. Ist Ihr Kind dauerhaft schwerhörig? Ja Nein Weiß nicht

11. Einige Fragen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes:

Benötigt oder nimmt Ihr Kind vom Arzt/von der Ärztin verschriebene Medikamente (außer Vitamine)? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Müssen Medikamente während der Zeit im Kindergarten, in der Schule verabreicht werden? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Bekommt oder wartet Ihr Kind auf eine spezielle Therapie, wie z. B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Sprachtherapie? Ja Nein

◆	Nein	Ja	Beginn im Alter von			Kind steht auf Warte- liste	Dauer in Jahren			Maßnahme ist abgeschlossen
			2	3	4		<1	2	3	
Sprachförderung im Kindergarten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logopädie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Förder- oder Heilmaßnahmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche? _____

Hat Ihr Kind emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme, für die es Behandlung bzw. Beratung benötigt oder bekommt? Ja Nein

12. Machen Sie sich Sorgen ...

... dass Ihr Kind eine Lese-/Rechtschreibschwäche (Legasthenie) entwickeln könnte, z. B. weil andere Familienmitglieder davon betroffen sind oder waren?

Ja Nein

... um die Entwicklung Ihres Kindes, weil es zurzeit gesundheitliche oder andere Probleme in Ihrer Familie gibt?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

... um das Verhalten Ihres Kindes, weil es z. B. besonders schüchtern oder wild ist, oder um seine Stimmungen, weil es z. B. traurig erscheint?

Ja Nein

Wenn ja, bitten wir Sie zur Vorbereitung einer Beratung oder weiteren Untersuchung die Fragen auf der letzten Seite auszufüllen.

13. Wie lange besucht Ihr Kind bis jetzt einen Kindergarten?

- nie bis zu 1 Jahr bis zu 2 Jahren bis zu 3 Jahren 3 Jahre und länger
-

14. Wie lange sieht Ihr Kind durchschnittlich pro Tag Fernsehsendungen, Videofilme, DVD bzw. wie viel Zeit verbringt es am Computer? (Bitte kreuzen Sie an, was am ehesten zutrifft.)

- Gar nicht etwa 30 Minuten/Tag etwa 1 bis 2 Stunden/Tag etwa 3 bis 4 Stunden/Tag mehr als 4 Stunden/Tag
- An einem Wochentag
- An einem Samstag/Sonntag.....
- Steht ein Fernsehgerät im Kinderzimmer? Ja Nein

15. Soziodemografische Angaben

Die erwachsenen Bezugspersonen des Kindes ...

Vater

Mutter

haben folgendes Alter (in Jahren):

--	--

--	--

haben diesen Schulabschluss:

Förderschule

Hauptschule.....

Mittlere Reife

Abitur, FH-Reife.....

Anderer:

keinen.....

erwarben den Schulabschluss in Deutschland

sind berufstätigin Vollzeit

in Teilzeit.....

in Schichtdienst/Nachtarbeit.....

als Hausfrau/Hausmann

zurzeit nicht.....

16. Fragen zu Stärken und Schwächen

Die folgenden Fragen bitten wir Sie zu beantworten, wenn Sie sich Sorgen um das Verhalten oder die Stimmungen Ihres Kindes machen. Ihre Angaben werden zur Vorbereitung einer Beratung oder weitergehenden Untersuchung verwendet (siehe auch Frage 12).

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ oder „Eindeutig zutreffend“. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.

◆	Trifft nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eindeutig zu
Rücksichtsvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat oft Wutanfälle, ist aufbrausend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einzelgänger, spielt meist alleine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ständig zappelig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oft unglücklich, niedergeschlagen; weint häufig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liebt zu jüngeren Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verhält sich gegenüber Erwachsenen oft widerwillig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Erzieherin oder anderen Kindern)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Überlegt bevor er/sie handelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann gegenüber anderen boshaft sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gibt es noch etwas, das Sie erwähnen möchten?