



Elternfragebogen

Frühförderung

Liebe Eltern,

um einen möglichst umfangreichen Eindruck des Kindes/Jugendlichen 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 des Kindes einschätzen, auch wenn andere Personen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Angaben zum jungen Menschen

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Im Haushalt lebende Geschwister (ggf. auf Rückseite fortführen)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Derzeitiger Kindergarten/ Schule	leiblich (L) Stiefkind (S), Halbgeschwister (H) Pflegekind (P)	Lebt im gemeinsamen Haushalt?

Eltern ausländischer Herkunft

Herkunftsland P1 _____ Herkunftslan P2 _____

Seit wann lebt P1 in Deutschland? _____ Seit wann lebt P2 in Deutschland? _____

Verfügen die Eltern über deutsche Sprachkenntnisse?

keine geringe überwiegende gute

Hatte das Kind bei Einschulung deutsche Sprachkenntnisse?

keine geringe überwiegende gute

Hat das Kind Sprachförderung/Sprachförderunterricht erhalten?

nein ja, von _____ bis _____

Wird in der Familie deutsch gesprochen?

gar nicht kaum eher weniger 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:

P1 P2 Eltern gemeinsam Großeltern, Schwiegereltern

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 den Geschwistern?

überwiegend gut häufig Streit, weil _____

Erkrankungen des Kindes

Sind bei dem Kind Erkrankungen (psychisch/körperlich) festgestellt worden?

ja nein

Liegen bereits bestimmte Diagnosen vor?

nein ja, folgende: _____

Durch wen und wann wurden sie festgestellt?

Derzeitige Krankheitssymptome/Auffälligkeiten bei dem Kind

- keine
- Übelkeit, Erbrechen, Durchfall
- motorische Unruhe
- Schmerzen (Kopf, Bauch) _____
- gestörtes Essverhalten _____
- Tics (Augenzwinkern, Mundzucken, Bewegungen u.a.) _____
- andere, welche _____
- Schlafstörungen
- Einnässen
- Einkoten
- Antriebsarmut

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

Benötigt das Kind regelmäßige Medikamenteneinnahme?

nein ja, folgende: _____

Welche Behandlungen/Therapiemaßnahmen wurden bisher empfohlen und durchgeführt?

Von wem?	Welche?	Wann (von – bis)?

Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr

Das Verhalten des Kindes im ersten Lebensjahr war

unauffällig auffällig, weil _____

Motorische Entwicklung

Hat das Kind Krankengymnastik, Frühförderung, Ergotherapie erhalten?

nein ja

Leistungsart	Leistungszeitraum	Alter des Kindes

Das Kind ...

- ist in den Bewegungen unauffällig
- ist in den Bewegungen unruhig
- verhält sich oft ungeschickt, z.B. _____
- kann nur schwer auf einem Platz sitzen bleiben
- andere Auffälligkeiten: _____

Sprachliche Entwicklung

Das Kind ...

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

Sprachtherapie/Logopädie

- nein ja, von _____ bis _____, Therapeut/in: _____

Besondere Ereignisse, die mit dem Auftreten des Problemverhaltens zusammenhängen könnten?

- | | | |
|---|------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Tod der Mutter/ Großmutter | Alter des Kindes _____ | |
| <input type="checkbox"/> Tod des Vaters/Großvaters | Alter des Kindes _____ | |
| <input type="checkbox"/> Tod des Geschwisterkindes | 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 | Alter des Kindes _____ | <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Geschwister
<input type="checkbox"/> Großmutter <input type="checkbox"/> Großvater |
| <input type="checkbox"/> Aufenthalt im Heim | von/bis: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Aufenthalt in Pflegefamilie | von/bis: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Wohnortwechsel | Alter des Kindes _____ | von _____ nach _____ |
| | Alter des Kindes _____ | von _____ nach _____ |
| | Alter des Kindes _____ | von _____ nach _____ |
| <input type="checkbox"/> Andere (bitte beschreiben): _____ | | |

Kindergarten

Angaben zum bisherigen oder vorgesehenen Besuch des Kindergartens

Das Kind besucht:

- keinen Kindergarten, weil _____
 Regelkindergarten
 Integrationskindergarten

Geht das Kind gerne in den Kindergarten?

- im Allgemeinen ja
 nein, weil _____

Wie verhält sich das Kind im Kindergarten?

- unauffällig
 auffällig, weil _____

Welches Konzept verfolgt der Kindergarten?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> offene Arbeit | <input type="checkbox"/> Montessoripädagogik |
| <input type="checkbox"/> Waldorfpädagogik | <input type="checkbox"/> Situationsorientierter Ansatz |
| <input type="checkbox"/> Sportkindergarten | <input type="checkbox"/> Integrationskindergarten |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Mag das Kind die Erzieher/innen?

- ja nein, weil _____

Fühlt das Kind sich im Gruppenverband wohl?

- ja nein, weil _____

Hat das Kind Freunde/Freundinnen im Kindergarten?

- ja nein, weil _____

Ist das Verhältnis zu einigen Kindern gestört?

- ja nein, weil _____

Bekommt das Kind Förderung/Therapien?

- ja nein, weil _____

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

- ja nein, weil _____

Welche Maßnahmen hat die Kita bisher eingeleitet, um dem problematischen Verhalten entgegenzuwirken?

Verhalten des Kindes in der Familie und in der Freizeit

Beobachten Sie bei dem Kind in der Familie Verhaltensauffälligkeiten?

- nein
 ja, folgende: _____

Wie verbringt das Kind die Freizeit?

- altersgemäß auffällig, weil _____

Welche Medien nutzt das Kind regelmäßig (z.B. Handy, PC, Spielekonsolen, TV)? Wie oft durchschnittlich (Std./Woche)?

Das Kind ist lieber...

- für sich allein zusammen mit jüngeren Kindern
 zusammen mit gleichaltrigen Kindern 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?

- geht auf andere Kinder zu bringt oft Ideen/Spielvorschläge ein
 wird schnell einbezogen/ist beliebt löst Konflikte gut/in angemessener Weise
 kann gut mit anderen zusammenspielen neigt schnell zu Zorn- und Wutausbrüchen
 will meistens im Mittelpunkt stehen hält sich nicht an Regeln und Abmachungen
 wird kaum beachtet/ist oft Außenseiter/in geht auf Spielvorschläge anderer Kinder ein
 will meistens bestimmen/Anführer/in sein stört, ärgert andere Kinder oft
 verhält sich anderen Kindern gegenüber oft rücksichtslos schimpft und schlägt schnell
 gibt schnell nach/zieht sich bei Konflikten schnell zurück anders, wie _____

Hat das Kind besondere Interessen/Fähigkeiten?

- nein ja, folgende: _____

Ist das Kind in einem Verein/einer Kindergruppe?

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

Welche Verhaltensweisen/Stimmungen beobachten Sie häufig?

- ausgeglichen
- unbeherrscht/impulsiv
- starke Nervosität/Anspannung
- kontaktfreudig/offen
- hilfsbereit
- überempfindlich/sehr empfindsam
- freundlich/lieb
- häufig aggressiv
- Zerstörungswut
- aktiv/kreativ
- anpassungsfähig
- einsichtig/umgänglich
- Kontaktscheue/Einzelgängertum
- andere, welche _____
- schnell wechselnde Stimmungen
- Vermeiden von Blickkontakt/häufiges Erröten
- selbstsicher/selbstbewusst
- Lebensunlust/äußert Selbstmordgedanken
- bedrückte/depressive Stimmung
- selbstständig/verantwortungsbewusst
- lebensfroh/fröhlich
- verbale und/oder körperliche Aggression/Gewalttätigkeit
- starke Anpassungsschwierigkeiten
- große Angst vor/bei _____
- Lügen
- Stehlen
- sexuelle Auffälligkeiten

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

In welchen Situationen (Anlass/Person/Ort/Tageszeit) beobachten Sie die auffälligen Verhaltensweisen besonders oft?

Vorangegangene Untersuchungen/ weitere Hilfen

Wurden/Werden bereits Hilfemaßnahmen des Jugendamtes durchgeführt?

- nein
- ja

Leistungsart	Leistungszeitraum (von – bis)

Anmerkungen: _____

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von (mehrere Kreuze möglich):

- P1
- P2
- Andere: _____

Ort, Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung (P1)

Ort, Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung (P2)