



Elternfragebogen

1. Personalien

Name, Vorname	Bekenntnis
Geburtstag und Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Anschrift	Telefon / Handynummern

2. Familie

	Erziehungsberechtigung	derzeit ausgeübter Beruf
Name der Mutter	Erziehungsberechtigt ja: <input type="radio"/> nein: <input type="radio"/>	
Name des Vaters	Erziehungsberechtigt ja: <input type="radio"/> nein: <input type="radio"/>	
Geschwister		
Name: _____	geboren: _____ (Jahr)	m / w
Name: _____	geboren: _____ (Jahr)	m / w
Name: _____	geboren: _____ (Jahr)	m / w
Name: _____	geboren: _____ (Jahr)	m / w
Migrationshintergrund: Mutter: _____ seit _____ in Deutschland Vater: _____ seit _____ in Deutschland Kind: _____ seit _____ in Deutschland		
Sprache zu Hause: _____		
Deutschkenntnisse:	Mutter gut <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/>	
	Vater gut <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/>	
Kind:	Kenntnisse in der Muttersprache gut <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/>	
	Deutschkenntnisse gut <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/>	
Besondere Familienverhältnisse:		



Besondere Wohnverhältnisse:

3. Medizinische Angaben

Hatte Ihr Kind schwere Erkrankungen oder Verletzungen? Wenn ja, welche? _____	Leidet Ihr Kind unter Allergien ? Wenn ja, welche? _____
Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ? Wenn ja, welche? _____	
Wurde das Gehör überprüft ? ja: <input type="radio"/> nein: <input type="radio"/> Wenn ja, bei wem? _____	Ergebnis des Hörtests: unauffällig: <input type="radio"/> auffällig: <input type="radio"/> Welche Auffälligkeiten? _____
Wurde die Sehfähigkeit Ihres Kindes überprüft ? ja: <input type="radio"/> nein: <input type="radio"/> Wenn ja, bei wem? _____	Ergebnis der Augenüberprüfung(Sehtest): unauffällig: <input type="radio"/> auffällig: <input type="radio"/> Welche Auffälligkeiten? _____

4. Pädagogische Einrichtungen/Fördermaßnahmen

	von - bis (Monat/Jahr – Monat/Jahr)	wo? / bei wem?
Kindergarten		
Frühförderung		
Logopädie		
Ergotherapie		
Krankengymnastik		

5. Schwangerschaft und Geburt

Wie war der Schwangerschaftsverlauf ? <input type="radio"/> ohne Probleme <input type="radio"/> Folgende Probleme sind aufgetreten: _____	Wie war der Geburtsverlauf ? <input type="radio"/> spontan <input type="radio"/> Zange <input type="radio"/> Saugglocke <input type="radio"/> Kaiserschnitt <input type="radio"/> Sonstiges: _____
---	--



6. Kindliche Entwicklung

6.1 Motorik

Sitzen im Alter von: _____	Krabbeln im Alter von: _____	Gehen im Alter von: _____
Bestehen heute Probleme beim Laufen, Balancieren, Klettern, Fahrrad fahren oder ähnlichen Aktivitäten? ja: <input type="radio"/> nein: <input type="radio"/>		
Wenn ja, welche? _____		
Händigkeit: Rechtshänder <input type="radio"/> Linkshänder <input type="radio"/>		
Malt ihr Kind gerne? _____		
Hat ihr Kind Schwierigkeiten den Stift richtig zu halten? _____		

6.2 Soziale und emotionale Entwicklung

Spielt Ihr Kind gerne mit anderen Kindern? ja: <input type="radio"/> nein: <input type="radio"/>	
Wenn ja, mit wem spielt es? _____	Womit / was spielt Ihr Kind am liebsten? _____
Zeigte Ihr Kind bisher auffällige Verhaltensweisen ? Wann/Wie lange? <input type="radio"/> Einnässen <input type="radio"/> Schlafstörungen <input type="radio"/> Essstörungen <input type="radio"/> Aggressivität <input type="radio"/> Extreme Schüchternheit <input type="radio"/> Angstzustände <input type="radio"/> Einkoten <input type="radio"/> Sonstige auffällige Verhaltensweisen: _____	
Bestehen heute noch auffällige Verhaltensweisen? Wenn ja, welche? _____	
Bestehen Erziehungsprobleme ? Wenn ja, welche? : _____ _____	

6.3 Sprachliche Entwicklung

Bestehen bei Ihrem Kind Sprachentwicklungsprobleme?	ja: <input type="radio"/>	nein: <input type="radio"/>
Wurden Sie von anderen Personen darauf aufmerksam gemacht?	ja: <input type="radio"/>	nein: <input type="radio"/>
Wenn ja , von welchen? <input type="radio"/> Erzieher/in <input type="radio"/> Kinderarzt/ärztin <input type="radio"/> Andere: _____		
Was finden Sie in der Sprache Ihres Kindes am Auffälligsten? _____		



Hat ihr Kind als Baby gelallt? (z.B.: bababa – dadada – mamamam) ja: nein:

Wann sagte ihr Kind die **ersten Wörter**? **Welche** waren es? _____

Wann hat Ihr Kind angefangen **zwei** Wörter zu verbinden? (z.B. „Papa da.“) _____

Ab **wann** hat Ihr Kind in kurzen **Sätzen** gesprochen? (z.B. „Will nicht ins Bett.“) _____

Sprachverhalten:

Wie spricht Ihr Kind überwiegend? laut mittel leise

Spricht Ihr Kind **wenig**? ja: nein:

Wie reagiert Ihr Kind, wenn es etwas **nicht verstanden** hat?

Es fragt nach. Es wird wütend. Es weint.

Es macht irgendetwas. Es verstummt. Sonstiges: _____

Spricht Ihr Kind **nur mit ausgewählten** Personen? ja: nein:

Wenn ja, mit **wem**? _____

Kann sich Ihr Kind **Reime oder Lieder** merken? ja: nein:

Stellt Ihr Kind häufig Fragen? ja: nein:

Kann sich Ihr Kind **Geschichten** merken und **nacherzählen**? ja: nein:

Wie bildet Ihr Kind **einfache Sätze**?

Da ist ein Vogel. Ist Vogel. Ist ein Vogel. Vogel.

Bildet Ihr Kind ähnliche **Sätze** wie diese? Der Junge weint, **weil** er ein Glas kaputt gemacht hat.
 Es ist schade, **dass** die Oma wieder weg ist.

Wie bildet Ihr Kind die **Mehrzahl**? Häuser Häusers Finger Fingers

Verwendet Ihr Kind die **Artikel** (der / die / das / ein / eine) richtig? ja: nein:

Verwendet Ihr Kind schon die richtigen **Vergangenheitsformen** (z.B. hingefallen, gegangen?) ja: nein:

Bildet Ihr Kind Formen wie z.B. **gegeht, puttemacht, hingefallt** ? ja: nein:

7. Sonstiges

Gibt es etwas, das Sie uns noch mitteilen möchten? (z.B. bereits vorliegende Gutachten, gute Fortschritte des Kindes, besondere Vorlieben oder Stärken des Kindes)

Diese Informationen werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!