



## Elternfragebogen

### 1. Personalien

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

### 2. Familie

	Sorgerecht	derzeit ausgeübter Beruf
Name der Mutter	ja: <input type="radio"/> nein: <input type="radio"/>	
Name des Vaters	ja: <input type="radio"/> nein: <input type="radio"/>	
Familienstand		
ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/>		
Geschwister		
Name: _____	geboren: _____ (Jahr)	m / w
Name: _____	geboren: _____ (Jahr)	m / w
Name: _____	geboren: _____ (Jahr)	m / w
Name: _____	geboren: _____ (Jahr)	m / w
Besondere Familienverhältnisse:		
Besondere Wohnverhältnisse:		



<b>Migrationshintergrund:</b> Mutter: _____ seit _____ in Deutschland Vater: _____ seit _____ in Deutschland Kind: _____ seit _____ in Deutschland
<b>Status des Kindes</b> deutscher Staatsbürger <input type="radio"/> Aussiedler <input type="radio"/> Ausländer (nicht Asylbewerber) <input type="radio"/> Kriegsflüchtling <input type="radio"/> Asylberechtigter <input type="radio"/> Asylbewerber <input type="radio"/> sonstiger Zuzug <input type="radio"/> Sprache: _____
<b>Status der Eltern</b> deutscher Staatsbürger <input type="radio"/> Aussiedler <input type="radio"/> Ausländer (nicht Asylbewerber) <input type="radio"/> Kriegsflüchtling <input type="radio"/> Asylberechtigter <input type="radio"/> Asylbewerber <input type="radio"/> sonstiger Zuzug <input type="radio"/> Sprache: _____

### 3. Medizinische Angaben

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

### 4. Schule

Zu welcher Sprengelschule gehört Ihr Kind? _____				
Zurückstellung im letztem Schuljahr	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>



## 5. Pädagogische Einrichtungen/Fördermaßnahmen

	von - bis (Monat/Jahr – Monat/Jahr)	Name und Ort der Einrichtung wo? / bei wem?
Kinderkrippe		
Kindergarten		
Frühförderung		
Logopädie		
Ergotherapie		
Krankengymnastik		
sonstiges		

## 6. Schwangerschaft und Geburt

Wie war der <b>Schwangerschaftsverlauf</b> ?  <input type="radio"/> ohne Probleme <input type="radio"/> folgende Probleme sind aufgetreten: _____	Wie war der <b>Geburtsverlauf</b> ?  <input type="radio"/> spontan <input type="radio"/> Zange <input type="radio"/> Saugglocke <input type="radio"/> Kaiserschnitt <input type="radio"/> Sonstiges: _____
weitere wichtige Informationen	

## 7. Kindliche Entwicklung

### 7.1 Motorische Entwicklung

<b>Sitzen</b> im Alter von: _____	<b>Krabbeln</b> im Alter von: _____	<b>Gehen</b> im Alter von: _____
Bestehen heute <b>Probleme</b> beim Laufen, Balancieren, Klettern, Fahrrad fahren <b>oder</b> ähnlichen Aktivitäten? ja: <input type="radio"/> nein: <input type="radio"/>		
Wenn ja, <b>welche?</b> _____		



**Händigkeit:**                      Rechtshänder                       Linkshänder   
**Malt** ihr Kind **gerne?** \_\_\_\_\_  
Hat ihr Kind Schwierigkeiten den **Stift** richtig zu **halten?** \_\_\_\_\_

## 7.2 Emotionale und soziale Entwicklung

**Spielt** Ihr Kind gerne mit anderen Kindern?    ja:                       nein:

Wenn ja, mit <b>wem</b> spielt es? _____	<b>Womit / was</b> spielt Ihr Kind am liebsten? _____
---	--

Bestehen **Erziehungsprobleme?** Wenn ja, **welche?**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zeigte Ihr Kind **bisher** auffällige **Verhaltensweisen?**

	Wann?	Wie lange?
<input type="radio"/> Einnässen		
<input type="radio"/> Einkoten		
Essstörungen		
Schlafstörungen		
Aggressivität		
Extreme Schüchternheit		
Angstzustände		
Sonstiges		

Bestehen **heute noch** auffällige Verhaltensweisen? Wenn ja, **welche?**  
\_\_\_\_\_

## 7.3 Sprachliche Entwicklung

Bestehen bei Ihrem Kind **Sprachentwicklungsprobleme?**                      ja:                       nein:

Wurden Sie von anderen Personen darauf aufmerksam gemacht?                      ja:                       nein:

**Wenn ja**, von welchen?    Erzieher/in                       Kinderarzt/ärztin                       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.“) \_\_\_\_\_

### bei Migrationshintergrund

Sprache zu Hause: \_\_\_\_\_

Deutschkenntnisse: Mutter gut  mittel  schlecht   
Vater gut  mittel  schlecht

Kind: Kenntnisse in der Muttersprache gut  mittel  schlecht   
Deutschkenntnisse gut  mittel  schlecht

Seit wann spricht Ihr Kind Deutsch?

### 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:

**Sonderpädagogisches Förderzentrum Freising St.-Ulrich-Str. 9 85354 Freising**  
Tel.: 0 81 61 / 88 34-0 Fax: -20 [verwaltung@sfz-freising.de](mailto:verwaltung@sfz-freising.de) [www.sfz-freising.de](http://www.sfz-freising.de)





## 8. Sonstiges

<b><u>Von wem wurde Ihnen unsere Einrichtung empfohlen?</u></b>							
Frühförderung	<input type="checkbox"/>	SVE	<input type="checkbox"/>	Kinderarzt	<input type="checkbox"/>	Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>
Erziehungsberatung	<input type="checkbox"/>	Kindergarten	<input type="checkbox"/>	Eigeninitiative	<input type="checkbox"/>		
<b>Sonstiges</b> _____							
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!**