



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:		



Migrationshintergrund: Mutter: _____ seit _____ in Deutschland Vater: _____ seit _____ in Deutschland Kind: _____ seit _____ in Deutschland
Status des Kindes 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: _____
Status der Eltern 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 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. 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 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: _____
weitere wichtige Informationen	

7. Kindliche Entwicklung

7.1 Motorische Entwicklung

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 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 wem spielt es? _____	Womit / was 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

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.“) _____

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**?

bei Migrationshintergrund

Sprache zu Hause: _____

Deutschkenntnisse: Mutter gut mittel schlecht
 Vater gut mittel schlecht

Seit wann spricht Ihr Kind Deutsch? _____

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

Muttersprache

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 fragt nach. Es macht irgendetwas. Es wird wütend.
 Es verstummt. Es weint. 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 schätzen Sie den **Wortschatz** Ihres Kindes ein? gut mittel schlecht

Bildet Ihr Kind **korrekte Sätze**? ja: teilweise: nein:

Deutsche Sprache

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 fragt nach. Es macht irgendetwas. Es wird wütend.
 Es verstummt. Es weint. 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?) ja: nein:

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

8. Sonstiges

Von wem wurde Ihnen unsere Einrichtung empfohlen?

Frühförderung SVE Kinderarzt Gesundheitsamt

Erziehungsberatung Kindergarten Eigeninitiative

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!

