

Liebe Eltern,

nachfolgend haben wir viele Fragen zusammengestellt, um Ihr Kind kennen zu lernen.

Bitte füllen Sie den Bogen soweit wie möglich aus. Sie dürfen gerne auch ausführlicher antworten. Unklarheiten können wir besprechen. Vielleicht hilft Ihnen Ihr Kinderarzt oder eine vertraute Person oder ein Dolmetscher.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Kindes: _____ geb.am: _____

I Warum möchten Sie Ihr Kind vorstellen?

Gibt es in der **Bewegung** (Grobmotorik) Auffälligkeiten?

- Nein Ja, beim Laufen Springen Schaukeln Klettern
 Balancieren Ballspiel Sonstige: _____

Gibt es in der **Handgeschicklichkeit** (Feinmotorik) Auffälligkeiten?

- Nein Ja, beim Malen Schneiden Anziehen Schleife binden
 Besteck halten Ball fangen / werfen
 Sonstige _____

Gibt es in der **Sprache** Auffälligkeiten?

- Nein Ja, bei Aussprache Grammatik
 Wortschatz Sprachverständnis

Gibt es Auffälligkeiten beim **Spielen / Lernen**?

- Nein Ja, nämlich
 Wutausbrüche Unruhe Ängstlichkeit Verweigerung
 Konzentrationsprobleme fehlende Ausdauer Aufgabenverständnis
 Schulleistungsprobleme Schulunlust
 Sonstige _____

Gibt es Probleme im **Verhalten / in der Stimmung**?

- Nein Ja, nämlich
 Wutausbrüche Unruhe Ängstlichkeit
 Konzentration Kontakt mit Gleichaltrigen Tics Nägelkauen
 Sonstige _____

Gibt es Probleme bei der **Erziehung**?

- Nein Ja, nämlich _____

Gibt es **körperliche Beschwerden**?

- Nein Ja, nämlich
 Sehen Hören Einkoten Einnässen
 Anfälle Kopfschmerzen Bauchschmerzen
 Einschlafstörungen Durchschlafstörungen
 Ernährungsprobleme/Esstörungen Sonstige

Bekommt/ bekam Ihr Kind regelmäßig **Medikamente**?

Nein Ja, nämlich _____ in der Dosis _____
_____ in der Dosis _____
_____ in der Dosis _____

Hat Ihr Kind irgendwelche **Hilfsmittel**?

Nein
 Ja, nämlich Brille Hörgerät / CI spezieller Kinderwagen
 Mundplatte Zahnklammer spezielles Dreirad oder Fahrrad
 Reha-Bett Lauffhilfe Stehänder oder ähnliches
 Rollstuhl sonstige: _____

Benutzt Ihr Kind orthopädische Hilfen wie Orthesen, Schienen, Korsetts, Einlagen usw.?

Nein Ja, nämlich _____

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen, was bislang nicht erwähnt wurde?

Seit wann treten die Probleme auf? _____

Wo treten die Probleme am deutlichsten auf?

zu Hause in der Kita in der Schule in der Freizeit

Welche Hilfen und Untersuchungen erwarten Sie von uns?

Brauchen Sie einen Dolmetscher? Nein Ja

II Personalangaben zum Kind und zu den Eltern

	Kind	Mutter (leibl.)	Vater (leibl.)
Familienname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsland (KFZ)			
Straße Nr.			
PLZ Wohnort			
Telefon priv. Festnetz	-----		
Telefon mobil	-----		
Telefon dienstlich	-----		

	Kind	Mutter (leibl.)	Vater (leibl.)
E-Mail	-----		
Staatsangehörigkeit			
Muttersprache			
Familienstand	ledig		
Sorgeberechtigung	-----	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Schulabschluss			
Berufsabschluss	-----		
Jetzige Tätigkeit Vollzeit/Teilzeit/Stunden	-----		

Krankenkasse des Kindes: _____

versichert bei: Mutter Vater
 Privat: Basis- oder Standardtarif Normaltarif

Ist Ihr Kind ein Pflege- oder Adoptivkind? Nein Ja

Pflege- bzw. Adoptionsverhältnis seit: _____

Name, Adresse und Tel.Nr. der Pflege-/Adoptiveltern/ Pflegeeinrichtung / gesetzl. Vormund:

Lebt Ihr Kind

bei den Eltern bei der Mutter beim Vater im Heim wo sonst? _____

Wie groß ist Ihre Wohnung? Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? _____

Weitere in und außerhalb der Familie lebende Kinder bitte in Reihenfolge des Alters angeben:

Name, Vorname	Geburtsdatum Geburtsort	Schulart, Klasse	Probleme, Krankheiten	lebt bei	Pflege- oder Adoptivkind?

Weitere Angaben zum Kind:

Hat Ihr Kind einen Integrationsstatus? Nein Ja, Typ A Typ B

Welchem Paragraphen ist Ihr Kind zugeordnet? Nein Ja, § 35 a SGB VIII
 § 53 Abs 1 SGB XII § 53 Abs 2 SGB XII

Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis?
 Nein Ja, Grad der Behinderung: _____ %; Buchstabe: ____ / ____ / ____ / ____

Hat Ihr Kind eine Pflegestufe?
 Nein Ja, Stufe: I II III

Hat Ihr Kind einen sonderpädagogischen Schwerpunkt in der Schule?
 Nein Ja, nämlich Lernen Sprache
 motorische Entwicklung geistige Entwicklung
 soziale und emotionale Entwicklung

III Welche Betreuung / Einrichtungen besuchte Ihr Kind seit der Geburt?

Name der Einrichtung z.B. Großeltern, Tagesmutter, Kindertagesstätten, Schulen, Hort, Familienhelfer	Aktueller Ansprechpartner Telefonnummer geg. Adresse	Zeitraum von	bis

IV Fragen zu Untersuchungen und Behandlungen des Kindes

Wer behandelte Ihr Kind seit der Geburt?

Name z.B. Haus-/Kinderarzt, Klinik, Kureinrichtung	Adresse Telefonnummer	Zeitraum von	bis	wegen welcher Erkrankung, Probleme

--	--	--	--

Therapie /Förderung	Name, Adresse Telefonnummer	Zeitraum von	bis	wegen welcher Erkrankung, Probleme
Physiotherapie				
Ergotherapie				
Logotherapie				
Psychotherapie/Spieltherapie/ Musiktherapie				
Förderunterricht in der Schule				
Erziehungs- und Familienberatungsstelle				
Sonstige				

Welche Untersuchungen wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt?

Untersuchung/ Test	Datum	Arzt	Adresse
Hörprüfung			
Sehprüfung			
Psychologischer Test			
Röntgen			
Computertomogramm			
EEG			
MRT			
Ultraschall Schädel			
Andere			

Gibt es bei Ihnen als Eltern oder sonst in der näheren Verwandtschaft **besondere oder chronische Krankheiten?**

Nein Ja, nämlich _____

Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen oder Störungen, wie sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon bei anderen Familienmitgliedern vorgekommen?

Nein Wenn ja, welche? Bei wem? _____

Liebe Eltern, wir danken Ihnen abschließend sehr für Ihre Mühe.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der KJA/SPZ Charlottenburg/Wilmersdorf

Für die Vergabe des Ersttermins benötigen wir das Einverständnis Ihres Kinderarztes auf diesem Bogen:

Unterschrift und Stempel des Kinderarztes