

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche		
Liegen bei Ihrem Kind Allergien vor?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche		
Wurde die Sehfähigkeit ärztlich überprüft?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann? _____	Brille	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sonstiges: _____			
Wurde die Hörfähigkeit ärztlich überprüft?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann? _____	Hörgerät	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sonstiges: _____			

Besuchte Einrichtungen

Vorschulische Einrichtungen

- Kinderkrippe von ___/ 20___ bis ___/ 20___ (Monat/ Jahr)
- Kindergarten von ___/ 20___ bis ___/ 20___
- Heilpädagogische Tagesstätte von ___/ 20___ bis ___/ 20___

Schulische Einrichtungen

NUR FÜR ELTERN VON SCHULKINDERN

- Grundschule von _____ bis _____
- Zurückstellung vom Schulbesuch SVE von _____ bis _____
- Wiederholung der __. Jahrgangsstufe
- Schulwechsel nein ja _____
- Mittelschule von _____ bis _____
- Wiederholung der __. Jahrgangsstufe
- Schulwechsel nein ja _____

Nachmittagsbetreuung

- Ganztagsklasse Mittagsbetreuung
- Hort Hausaufgabenbetreuung
- Heilpädagogische Tagesstätte Sonstiges _____

NUR FÜR SCHULKINDER

NUR FÜR SCHULKINDER

Abgeschlossene/ aktuelle Therapien

- Frühförderung von ___/ 20___ bis ___/ 20___ (Monat/ Jahr)
- Heilpädagogik Logopädie Ergotherapie
- Logopädie von ___/ 20___ bis ___/ 20___ Praxis: _____
- Ergotherapie von ___/ 20___ bis ___/ 20___ Praxis: _____
- Krankengymnastik von ___/ 20___ bis ___/ 20___ Praxis: _____
- Heilpäd. Förderung von ___/ 20___ bis ___/ 20___ Praxis: _____
- _____ von ___/ 20___ bis ___/ 20___ Praxis: _____

Das ist uns besonders wichtig! ❤️

Was mögen Sie an Ihrem Kind?

Welche Stärken hat Ihr Kind?

Entwicklung des Kindes

Schwangerschaftsverlauf

- keine Auffälligkeiten
 Auffälligkeiten/ ungünstige Bedingungen (längere Liegezeit, Unfälle/ psychischer Stress usw.); welche? _____

Geburtsverlauf

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt |
| <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt | <input type="checkbox"/> Zangen-/ Saugglockengeburt |
| <input type="checkbox"/> Geburtsgewicht
○ unter 2500 g ○ über 4500 g | <input type="checkbox"/> Blaufärbung des Neugeborenen |
| <input type="checkbox"/> Frühgeburt (vor 37. Schwangerschaftswoche) | <input type="checkbox"/> Nabelschnurumschlingung |
| <input type="checkbox"/> Spätgeburt (nach 42. Schwangerschaftswoche) | <input type="checkbox"/> _____ |

Ernährung des Neugeborenen und Säuglings

- Kind wurde ○ _____ Wochen gestillt ○ _____ Monate gestillt ○ nicht gestillt
 Trinkschwierigkeiten

Verhalten des Neugeborenen und Säuglings

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> zitterige Bewegungen | <input type="checkbox"/> erhöhte Unruhe |
| <input type="checkbox"/> ruhiges Kind | <input type="checkbox"/> häufiges Schreien | <input type="checkbox"/> Krämpfe |
| <input type="checkbox"/> allgem. Reizüberempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Teilnahms-/ Bewegungslosigkeit | <input type="checkbox"/> _____ |
- Schlafverhalten
 ○ unauffällig ○ Einschlafschwierigkeiten
 ○ geringes Schlafbedürfnis ○ Aufschrecken ○ schläft allein

Sauberkeitsentwicklung

- Kind tagsüber sauber mit _____ Jahren, nachts mit _____ Jahren
 Kind nässt noch ein; in welchen Situationen? _____
 Kind kotet noch ein; in welchen Situationen? _____

Motorische Entwicklung

- Krabbeln ○ ja ○ nein Kind fährt
 freies Laufen mit _____ Monaten ○ Fahrrad ○ Roller ○ _____
- Kind hält Grenzen beim Ausmalen ein Kind drückt beim Malen fest auf
 Kind schneidet auf der Linie
- Rechtshänder Linkshänder noch nicht festgelegt

Sprachliche Entwicklung

- Erste Wörter mit _____ Monaten; welche? _____
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> spricht gerne und viel | <input type="checkbox"/> stottert |
| <input type="checkbox"/> spricht wenig | <input type="checkbox"/> kann sich sprachlich verständlich machen |
| <input type="checkbox"/> geringer Wortschatz | <input type="checkbox"/> spricht alle Laute |
| <input type="checkbox"/> spricht in ganzen Sätzen | <input type="checkbox"/> sprach plötzlich wieder weniger |
| <input type="checkbox"/> versteht, was gesagt wird | <input type="checkbox"/> Sonst. _____ |

Gesundheitliche Fragen

Allgemeine Gesundheit des Kindes

ist selten krank ist häufig krank

Krankheiten/ körperliche Beeinträchtigungen

nein ja, welche? _____

Welche Krankheitssymptome haben Sie schon häufiger bei Ihrem Kind beobachtet?

Kopfschmerzen Bauchschmerzen/ Übelkeit, Erbrechen
 Krämpfe auffälliges Schmerzempfinden

Zahnprobleme

nein ja, welche? _____

Weitere Auffälligkeiten, z. B. Kind reagiert auf Berührung mit Abwehr, hat überempfindliche Haut, meidet nasse, schmutzige Materialien

nein ja, welche? _____

Krankenhausaufenthalte/ Reha-Maßnahmen

nein ja, wann? _____ für wie lange? _____
wegen _____
 ja, wann? _____ für wie lange? _____
wegen _____

Unfälle/ Stürze

nein ja, wann? _____
was ist passiert? _____
 ja, wann? _____
was ist passiert? _____

Interessen und Fähigkeiten des Kindes

Welche Interessen/ Fähigkeiten hat Ihr Kind?

TV Handy Spielekonsole/ PC Malen Basteln Lego
 Spielplatz Fußball _____

Wie lange nutzt Ihr Kind digitale Medien (TV/ Handy/ Konsole/ PC/ ...) pro Tag?

gar nicht ca. 30 Minuten 1-2 Stunden
 3-4 Stunden mehr als 5 Stunden (z. B. am Wochenende)

Hat Ihr Kind Abneigungen (gegen bestimmte Speisen, Tätigkeiten..)?

nein ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind an Aktivitäten (z. B. Fußball, Tanzen, Musik, Taekwondo, ...) teil?

nein ja, an welchen? _____

 hat schon mal ausprobiert _____



Greta-Fischer-Schule

Sonderpädagogisches Förderzentrum Dachau

Dr.-Engert-Straße 9, 85221 Dachau

Telefon 08131-3330910

eMail: verwaltung@greta-fischer-schule.de

Vorschulischer Bereich/ DFK

Elternfragebogen II

Kind				
Name		Vorname		Geburtsdatum ____ . ____ . 20 ____

Emotionales Befinden und Sozialverhalten

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> fröhlich | <input type="checkbox"/> nimmt Blickkontakt auf | <input type="checkbox"/> dominant |
| <input type="checkbox"/> ruhig | <input type="checkbox"/> distanzlos | <input type="checkbox"/> impulsiv |
| <input type="checkbox"/> weinerlich | <input type="checkbox"/> zurückhaltend | <input type="checkbox"/> wird schnell wütend |
| <input type="checkbox"/> ängstlich | <input type="checkbox"/> verschlossen | <input type="checkbox"/> bringt sich/ andere in Gefahr |
| <input type="checkbox"/> geht auf andere zu | <input type="checkbox"/> hilfsbereit | <input type="checkbox"/> schnell frustriert |
| <input type="checkbox"/> kontaktfreudig | <input type="checkbox"/> teilt mit anderen | <input type="checkbox"/> akzeptiert Veränderungen |
| <input type="checkbox"/> kann sich Hilfe holen | <input type="checkbox"/> hört auf Erwachsene | <input type="checkbox"/> _____ |

Spielverhalten

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> spielt ausdauernd | <input type="checkbox"/> kann sich durchsetzen | <input type="checkbox"/> hat Spielkameraden |
| <input type="checkbox"/> spielt mit Gleichaltrigen | <input type="checkbox"/> hat oft Streit | <input type="checkbox"/> ist beliebter Spielpartner |
| <input type="checkbox"/> spielt mit Jüngeren | <input type="checkbox"/> kann Regeln einhalten | <input type="checkbox"/> geht gerne in den Kindergarten |
| <input type="checkbox"/> spielt mit Erwachsenen | <input type="checkbox"/> zieht sich zurück/ spielt allein | <input type="checkbox"/> erzählt vom Kindergarten |
| <input type="checkbox"/> kann sich allein beschäftigen | <input type="checkbox"/> spielt gern mit anderen | <input type="checkbox"/> wird oft geärgert |
| <input type="checkbox"/> kann sich anpassen | <input type="checkbox"/> sucht häufig Körperkontakt | <input type="checkbox"/> kann Konflikte friedlich lösen |
| | | <input type="checkbox"/> _____ |

Konzentration/ Ausdauer des Kindes

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> bleibt bei einer Tätigkeit | <input type="checkbox"/> ermüdet schnell | <input type="checkbox"/> leicht ablenkbar |
| <input type="checkbox"/> bringt etwas zu Ende | <input type="checkbox"/> motorisch unruhig | <input type="checkbox"/> verträumt |
| <input type="checkbox"/> kann sich kaum beschäftigen | | <input type="checkbox"/> _____ |

Wissen vorschulischer Bereich

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> kennt Farben | <input type="checkbox"/> kann seinen Namen schreiben |
| <input type="checkbox"/> kennt Formen | <input type="checkbox"/> kann sich Reime und Lieder merken |
| <input type="checkbox"/> erkennt Würfelbilder bis ____ | <input type="checkbox"/> kann reimen |
| <input type="checkbox"/> kann zählen bis ____ | <input type="checkbox"/> kann sich selbständig anziehen |

Sonstiges

--

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____