

1. Personalien

Datum: _____

Name der Mutter.....

Name des Vaters.....

Adresse.....

Telefon.....

Handy.....

Name des Kindes.....Geburtsdatum.....

Arbeitgeber der Mutter.....

Adresse.....

Telefonnummer der Mutter während der Arbeitszeit.....

Arbeitgeber des Vaters.....

Adresse.....

Telefonnummer des Vaters während der Arbeitszeit.....

Name, Adresse und Tel. Nr. einer weiteren Bezugsperson, die im Notfall erreichbar ist:

.....
.....

Welche Personen außer Ihnen dürfen ihr Kind bringen und abholen?

Name und Telefonnummer dieser Person:

.....
.....

Arzt des Kindes und Telefon Nr.

.....

Krankenkasse des Kindes und Vers. Nr.

.....

Bereits durchgeführte Impfungen/
Datum:

Tetanus ja /nein

Windpocken ja /nein

Diphtherie-Keuchhusten ja /nein

HIB ja /nein

Masern/Mumps/Röteln ja /nein

Kinderlähmung ja/nein

Andere

2. Eingewöhnung

Haben Sie noch Fragen zur Eingewöhnung?

Kennt Ihr Kind bestimmte Begrüßungsrituale oder Abschiedsrituale?

3. Familiäres Umfeld

Wer gehört zur Familie Ihres Kindes?

Wer sind die Hauptbezugspersonen Ihres Kindes?

Wie alt sind die Geschwister?

Welche Sprache wird Zuhause gesprochen?

Kulturelle Besonderheiten:
Welcher Religion gehören Sie an?

Welche Feste sind für Sie wichtig?

Gibt es Speisen/Lebensmittel, die Ihr Kind nicht essen soll?

Gibt es zurzeit Veränderungen in der Lebenssituation Ihres Kindes (z. B. Umzug, Geburt eines Geschwisterkindes, Trennung der Eltern, zeitgleiche Eingewöhnung in der Kita ...)?

.....
.....
.....

4. Gesundheit/Entwicklung

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft/Geburt?

.....
.....

Gibt es Besonderheiten im bisherigen Entwicklungsverlauf Ihres Kindes?

.....
.....

Hat sich Ihr Kind altersentsprechend entwickelt?

ja

nein, es ist folgendes zu beachten

.....
.....

Hat Ihr Kind körperliche Einschränkungen?

ja, welche.....

.....

nein

War Ihr Kind schon wegen einer ernstesten Erkrankung im Krankenhaus?

ja, wegen.....

wann.....

nein

Wurden unterstützende Therapien in Anspruch genommen?

.....
.....

Muss Ihr Kind regelmäßig bestimmte Medikamente einnehmen?

ja, folgende:

nein

Besondere Anweisungen der Mutter / des Vaters für den Fall einer Erkrankung:

.....
.....

Ist Ihr Kind anfällig für:

Erkältungen

Kopfschmerzen

Ohrenschmerzen

Bauchschmerzen

Verdauungsstörungen

.....

Welche ansteckenden Krankheiten hatte Ihr Kind?

- Masern
- Röteln
- Mumps
- Windpocken
- Keuchhusten
- andere.....

Besonderheiten (z. B. Allergien, Schreianfälle u. ä.)

.....

.....

es ist folgendes zu beachten:

.....

.....

Wie reagiert Ihr Kind auf erhöhte Temperatur?

.....

.....

Hat Ihr Kind je Kolik Anfälle gehabt?

- ja
- nein

Ist der Stuhlgang regelmäßig?

- ja
- nein

Hat Ihr Kind oft Durchfall?

- ja
- nein

Was tun Sie, wenn Ihr Kind Durchfall hat?

.....

.....

Hat Ihr Kind oft Verstopfung?

- ja
- nein

Was tun Sie, wenn Ihr Kind Verstopfung hat?

.....

.....

Hat Ihr Kind öfter Blähungen?

- ja
- nein

Was tun Sie, wenn Ihr Kind Blähungen hat?

.....

.....

Ermüdet Ihr Kind schnell?

- ja
- nein

Weint oder wimmert Ihr Kind oft?

- ja
- nein

Wird Ihr Kind zu bestimmten Zeiten quengelig?

- ja, wann.....
- nein

Wenn ja, wie verhalten Sie sich dann?

.....
.....

Sonstiges:

.....
.....

5. Körperpflege

Wie/wo wird Ihr Kind zu Hause gewickelt?

.....

Lässt sich Ihr Kind problemlos wickeln?

.....

Ist Ihr Kind an eine Zahnbürste gewöhnt?

.....

Welches Ritual gibt es beim Zähneputzen?

.....

.....

Ist die Haut Ihres Kindes sehr empfindlich?

- ja
- nein

Ist Ihr Kind oft wund?

- ja
- nein

Welches Puder/Öl verwenden Sie?

.....

Benutzen Sie Wegwerfwindeln?

- ja,.....
- nein

6. Essen

Wird Ihr Kind noch gestillt?

- ja
- nein

Gibt es Besonderheiten beim Füttern?

- ja, folgende:

.....

- nein

Wie füttern Sie Ihr Kind?

- mein Kind wird auf dem Schoß gehalten
- mein Kind sitzt im Kinderstuhl
- Anderes.....

Hat Ihr Kind im Allgemeinen

- übergroßen Appetit?
- guten Appetit?
- schlechten Appetit?

Hat Ihr Kind oft zwischen den Mahlzeiten Hunger?

- ja
- nein

Wenn ja, was geben Sie Ihrem Kind?

.....

Wie zeigt Ihr Kind, dass

es Hunger hat.....

es Durst hat.....

Wann bekommt Ihr Kind eine Mahlzeit:

- 1. Mahlzeit um Uhr
- 2. Mahlzeit um Uhr
- 3. Mahlzeit um Uhr
- 4. Mahlzeit um Uhr
- 5. Mahlzeit um Uhr

Falls Ihr Kind noch Fertigmilch bekommt, welches Produkt?

.....

.....

Falls Ihr Kind schon Gemüse oder Obstsaft bekommt, was erhält Ihr Kind?

.....

.....

Welche Nahrungsmittel verträgt Ihr Kind nicht?

.....

.....

Falls Ihr Kind eine Diät einhalten muss, welche?

.....

.....

Was isst Ihr Kind am liebsten?

1.

2.

3.

Was mag Ihr Kind gar nicht?

1.

2.

3.

Muss man Ihrem Kind gut zureden, damit es Unbekanntes probiert?

- ja
- nein

Isst Ihr Kind schon

- mit dem Löffel
- mit der Gabel
- mit den Händen

Spielt Ihr Kind gern mit dem Essen?

- ja
- nein

Was tun Sie, wenn Ihr Kind mit dem Essen spielt?

.....

.....

Lässt sich Ihr Kind beim Essen leicht ablenken?

- ja
- nein

Was tun Sie, wenn Ihr Kind sich ablenken lässt?

.....
.....

Sind Sie der Meinung, dass Ihr Kind möglichst alles aufessen sollte?

- ja
- nein

Was tun Sie, damit Ihr Kind möglichst alles aufisst?

.....
.....

Lutscht Ihr Kind

- am Daumen od. bestimmten Fingern
- am Sauger
- an einem Tüchlein
- gar nicht

Erlauben Sie Ihrem Kind das Lutschen?

- ja
- nein

Wenn nein, was tun Sie, um Ihr Kind vom Lutschen abzuhalten? Beschreiben Sie bitte:

.....
.....

Erlauben Sie Ihrem Kind gelegentlich Süßigkeiten?

Wenn ja, in welchen Situationen?

.....

Welche?

- nein, gar keine

7. Sauberkeitserziehung

Haben Sie schon begonnen, Ihr Kind zur Sauberkeit zu erziehen?

- ja (Wenn ja, wie alt war Ihr Kind?)

.....

- nein

(Bitte benutzen Sie diesen Punkt zum Austausch mit der Kindertagespflegeperson.)

Falls Sie schon begonnen haben, welches Wort verwenden Sie für „Wasser lassen“ und „Stuhlgang“?

für Wasserlassen.....

für Stuhlgang.....

Nutzt Ihr Kind

- die Toilette
- die Toilette mit Toiletteneinsatz
- das Töpfchen

Hat Ihr Kind Angst vor der Toilette?

- ja
- nein

Sagt Ihr Kind, wenn es auf die Toilette muss?

- ja
- manchmal
- gar nicht, der Erwachsene muss ahnen, wann es muss

Wie verhält sich Ihr Kind, wenn es in die Hosen/Windel gemacht hat?

- sagt es dem Erwachsenen
- beachtet es nicht
- weint
- anderes Verhalten.....

.....

Was tun Sie, wenn Ihr Kind mal rückfällig wird?

- es trösten
- das Missgeschick nicht besonders beachten
- es tadeln oder bestrafen
-

8. Schlafen

Woran erkennen Sie, dass Ihr Kind müde ist?

.....

.....

Um welche Zeit geht Ihr Kind abends schlafen?

um.....Uhr

Wann steht Ihr Kind morgens auf?

um.....Uhr

Ist Ihr Kind morgens ausgeschlafen?

- ja, meistens
- unterschiedlich
- nein, fast nie

Braucht Ihr Kind lange, ehe es nach dem Schlafen ganz wach ist?

- ja
- nein

Schläft Ihr Kind während des Tages?

- ja, von.....Uhr bis.....Uhr
- nein
- unterschiedlich

Wehrt Ihr Kind sich gegen Mittagschlaf?

- im allgemeinen ja
- im allgemeinen nicht

Wo schläft Ihr Kind ein?

- im Elternbett
- im Kinderbett
- im Kinderwagen
- auf dem Arm

.....

Benutzen Sie Einschlafhilfen?

Wenn ja, welche?

.....

.....

- nein

Gibt es bestimmte Einschlafrituale?

.....
.....

Lassen Sie Ihr Kind aufstehen, wenn es mittags nur kurz oder nicht einschläft?

- ja, meistens
- nein, meistens nicht

Hat Ihr Kind schwere Träume?

- ja, oft
- manchmal
- ist mir nicht aufgefallen

9. Spielen

Spielt Ihr Kind am liebsten

- alleine
- mit einem anderen Kind
- mit mehreren anderen Kindern
- mit einem Erwachsenen

Kann sich Ihr Kind einige Zeit allein beschäftigen?

- ja, sehr gut
- ja, aber selten
- nein, eher schlecht

Möchte Ihr Kind bei Ihren Tätigkeiten dabei sein und mitmachen?

- ja
- nein

Womit spielt Ihr Kind zurzeit am liebsten?

.....
.....

Lässt Ihr Kind sich gerne vorlesen oder Geschichten erzählen?

- ja
- nein

Darf Ihr Kind Fernsehen?

- nein
- ja

Wenn ja, was?

.....

Wie lange?

Spielt Ihr Kind gerne im Freien?

- ja, am liebsten.....
- nein, mein Kind will bald wieder ins Haus

Beschäftigt sich Ihr Kind schon mit:
(Alles Zutreffende ankreuzen!)

- Knetmasse
- Scheren
- Fingerfarben oder Buntstiften
- Bausteinen
- Puppen
- Spielautos
- Spielen im und mit Wasser
- Haushaltsgegenständen
- Bällen
- anderes

.....

Falls Ihr Kind mit anderen Kindern spielt, teilt es Spielsachen mit anderen?

- ja, es gibt ab
- nein, es lässt sich nichts wegnehmen

10. Sprachentwicklung

Wie viele Worte spricht Ihr Kind bereits?

.....

Spricht Ihr Kind ein- oder Mehrwortsätze?

.....

.....

Gibt es Wortschöpfungen, die nicht jeder auf Anhieb versteht, die aber für die Kindertagespflegeperson von Bedeutung sind?

.....

.....

11. Ängste

Ihr Kind ist

- nicht ängstlich
- sehr ängstlich

Fürchtet Ihr Kind sich (alles Zutreffende ankreuzen!)

- vor großen Tieren
- vor kleinen Tieren
- Erwachsenen

- fremden Kindern
- lauten Geräuschen
- Dunkelheit
- Gewitter
- Geistern
- Sonstiges/am meisten vor

Wenn Sie versuchen Ihr Kind zu beruhigen

- lässt es sich schnell trösten und ablenken
- ist es nur langsam zu beruhigen

Es lässt sich gut ablenken durch

- Spielen mit.....
- Schnuller, Flasche
-

12. Betreuung

War Ihr Kind schon vorher in Betreuung?

- ja
- nein

Wo/wie lange?

.....

Wie alt war Ihr Kind zu diesem Zeitpunkt?

.....

Wie haben Sie diese erste Trennungserfahrung erlebt?

.....

13. Was gibt es sonst noch zu sagen?

Gibt es Dinge, die Sie bedrücken oder über die Sie sich freuen, wenn Sie an die Aufnahme Ihres Kindes in der Tagespflegefamilie denken?
