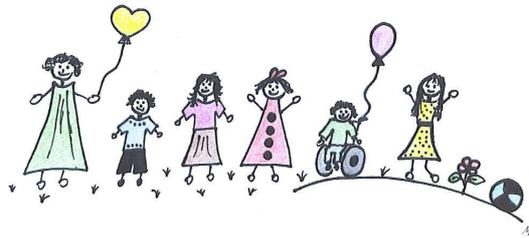


CARITAS-FRÜHFÖRDERUNGSDIENST IM EUROPARK PASSAU/KOHLBRUCK



Neuburger Str. 128, 94036 Passau
Tel.: 0851/951688-0, Fax: 0851/951688-30
E-Mail: ff-dienst@caritas-passau.de
Homepage: www.fruehfoerderung-passau.de

Name des zuständigen Mitarbeiters des Caritas-Frühförderungsdienstes



ELTERNFRAGEBOGEN

(Alle Ihre Angaben unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz)

Nachname Ihres Kindes:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer:

behandelnder Arzt
oder Kinderarzt:

Fragebogen ausgefüllt am:

durch:

FRAGEN ZUR ENTWICKLUNGSauffÄLLIGKEIT IHRES KINDES

STÄRKEN UND SCHWÄCHEN

	Stärken	Schwächen
Bewegung		
Sprache		
Verhalten/Spiel		
Kontakt Selbständigkeit		
Lernen		
Aufmerksamkeit, Konzentration, Ausdauer		
Sonstiges		

ERWARTUNGEN AN DEN FRÜHFÖRDERUNGSDIENST

Was erwarten Sie von der Frühförderung? Was sind Ihre Anliegen?

FRAGEN ZUR ENTWICKLUNG IHRES KINDES

Bestanden Beschwerden oder Komplikationen in der Schwangerschaft? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wenn ja, welche? <input type="radio"/> Blutungen <input type="radio"/> vorzeitige Wehen <input type="radio"/> Krankheiten <input type="radio"/> seelische Belastungen <input type="radio"/> Medikamente <input type="radio"/> Nikotin <input type="radio"/> Alkohol <input type="radio"/> Drogen		
In welcher Schwangerschaftswoche war die Geburt? _____ Woche		
Gab es Komplikationen bei der Geburt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wenn ja, welche?		
Geburtsgewicht: _____ g Größe: _____ cm Kopfumfang: _____ cm APGAR: _____ pH-Wert: _____		
Bestanden Probleme direkt nach der Geburt (Sauerstoffgabe, Klinikaufenthalt)? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wenn ja, welche?		
War Ihr Kind nach der Geburt von Ihnen getrennt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wenn ja, wie lange?		
Haben Sie Ihr Kind gestillt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wenn ja, wie lange?		
Hat Ihr Kind besonders bis zum Alter von einem halben Jahr viel geschrien? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Gab es/gibt es Probleme beim Füttern/Nahrungsaufnahme? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wenn ja, welche?		
Gab es/gibt es Schlafprobleme (Ein-/Durchschlafprobleme)? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wenn ja, welche?		
Hat es gefremdelt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Wann war der Beginn des freien Laufens? _____ Monate		
Wann sprach Ihr Kind das erste sinnvolle Wort? _____ Monate		
Hat es getrotzt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		

Mit wie vielen Jahren war Ihr Kind tagsüber sauber und trocken? Wann nachts?	_____ Jahren _____ Jahren				
Bekam/bekommt Ihr Kind über längere Zeit Medikamente? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wenn ja, welche? Weswegen?					
Hat Ihr Kind schwere körperliche Erkrankungen, Operationen oder chronische Erkrankungen durchgemacht? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wenn ja, welche?					
Wurde bereits ein Sehtest durchgeführt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wenn ja, wann und bei wem? Befund:					
Wurde bereits ein Hörtest durchgeführt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wenn ja, wann und bei wem? Befund:					
Wurden Vorsorgeuntersuchungen (U1-U9) durchgeführt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wenn ja, wurden Auffälligkeiten festgestellt?					
Bestehen ärztliche Diagnosen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wenn ja, welche?					
Waren Sie oder sind Sie aktuell mit Ihrem Kind bereits bei anderen Einrichtungen/Praxen/Frühförderstellen/Beratungsstellen/Homöopathen/Heilpraktikern? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wenn ja, bei welcher/welchem?					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;">Einrichtung</th> <th style="padding: 5px;">Zeitraum der Behandlung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 100px;"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Einrichtung	Zeitraum der Behandlung			
Einrichtung	Zeitraum der Behandlung				

FRAGEN ZU DEN ENTWICKLUNGSBEDINGUNGEN DES KINDES

FAMILIE

Name der Mutter	Name des Vaters	
Tätigkeit	Tätigkeit	
Berufliche Situation: <input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Pendler <input type="radio"/> Schicht <input type="radio"/> Sonstiges	Berufliche Situation: <input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Pendler <input type="radio"/> Schicht <input type="radio"/> Sonstiges	
Leben die Eltern zusammen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Wenn nein, bei wem lebt das Kind? <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Großeltern <input type="radio"/> andere Personen		
Besuchsregelung:		
Familiensituation: <input type="radio"/> psychische Belastungen <input type="radio"/> körperliche Belastungen <input type="radio"/> Trennungen <input type="radio"/> bedeutsame Todesfälle und Verlusterfahrungen <input type="radio"/> Veränderungen in der Familie <input type="radio"/> Sonstiges		
Hat das vorgestellte Kind Geschwister? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Wenn ja, welche?		
Name:	geboren:	Besonderheiten (Erkrankungen, Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten, Beratungs- und Fördermaßnahmen, ...)

Leben alle Kinder mit der Familie zusammen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sind darunter Pflege-/Adoptivkinder oder Halbgeschwister?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wie häufig sind Sie seit der Geburt des Kindes umgezogen?	___ Mal
Wie sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden?	<input type="radio"/> sehr <input type="radio"/> teils teils <input type="radio"/> gar nicht
Besteht derzeit eine finanzielle Notlage?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

SOZIALES NETZWERK

Entlastungen im Alltag durch	<input type="radio"/> Großeltern <input type="radio"/> sonstige Verwandte <input type="radio"/> Freunde <input type="radio"/> Nachbarn <input type="radio"/>
Spielkameraden/Kontaktmöglichkeiten des Kindes	<input type="radio"/> Freund oder Freundin <input type="radio"/> Mutter-Kind-Gruppe, PEKiP <input type="radio"/> Nachbarskinder <input type="radio"/>
Nehmen Sie professionelle Hilfe in Anspruch?	<input type="radio"/> Familienentlastender Dienst (FED) <input type="radio"/> Erziehungsberatungsstelle (EB) <input type="radio"/> Koordinierende Kinderschutzstelle (KOKi) <input type="radio"/> Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) <input type="radio"/> Päd.-Psych. Dienst (PPD) <input type="radio"/> Sozialpädagogische Familienhilfe <input type="radio"/> Sonstige
Wird Ihr Kind außerfamiliär betreut? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein wenn ja, wo wird Ihr Kind betreut?	
<input type="radio"/> Kindergarten _____ seit wann? _____ <input type="radio"/> Kinderkrippe _____ seit wann? _____ <input type="radio"/> Tagesmutter _____ seit wann? _____ Wie viele Tage pro Woche? _____ von _____ Uhr bis _____ Uhr Gruppengröße: _____	
Gab es große Eingewöhnungsschwierigkeiten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Geht Ihr Kind gerne in diese Einrichtung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Werden Auffälligkeiten von der Erzieherin beschrieben? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wenn ja, welche?	