

# **Elternfragebogen** (folgende Daten müssen ausgefüllt werden!)

## **I. Personalien**

### Eltern

Name der Eltern: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon + Handy: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Arbeitgeber der Mutter: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer, unter der die Mutter bei der Arbeitsstelle zu erreichen ist:  
\_\_\_\_\_

Arbeitgeber des Vaters: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer, unter der der Vater bei der Arbeitsstelle zu erreichen ist:  
\_\_\_\_\_

### Kind

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Eine weitere Bezugsperson**, die im Notfall angerufen werden kann:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Arzt des Kindes: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse des Kindes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eine Person, die neben den Eltern berechtigt ist, das Kind bei den Tagepflegeltern abzuholen:

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

### **Ab hier freiwillige Angaben!**

**Dennoch enorm hilfreich und förderlich um auf die individuelle Betreuung des Kindes besser eingehen zu können.**

### **II. Entwicklungsgeschichte**

Art der Geburt: Normal  Frühgeburt

Gab es irgendwelche Komplikationen?

nein

ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie alt war das Kind, als die Mutter wieder arbeiten ging? \_\_\_\_\_ Monate

War das Kind schon vorher in Pflegestellen?  ja  nein

Wurde es von anderen Personen betreut?

(z.B. Babysitter, Oma)  ja  nein

### **III. Gesundheitszustand des Kindes**

Bereits durchgeführte Impfungen:

Diphtherie-Tetanus-Polio:  ja  nein

Keuchhusten:  ja  nein

Masern-Mumps-Röteln:  ja  nein

Leidet das Kind an Allergien, Unverträglichkeiten oder chronischen Erkrankungen?

nein

ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hat das Kind irgendwelche Behinderungen?

nein

ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Muss das Kind regelmäßig bestimmte Medizin einnehmen?

nein

ja, welche und wie oft: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind besondere Maßnahmen im Umgang mit dem Kind erforderlich?

nein

ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

War das Kind schon wegen einer Erkrankung im Krankenhaus?

nein

ja, weshalb: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
wann: \_\_\_\_\_

Ist das Kind anfällig für bestimmte Erkrankungen?

- Erkältungen    Bauchschmerzen    Verdauungsstörung  
 Kopfschmerzen    Ohrenschmerzen    Fieber  
 Fieberkrampf

Welche ansteckenden Krankheiten hatte das Kind?

- Masern    Windpocken    Röteln  
 Keuchhusten    Mumps    \_\_\_\_\_

Wie reagiert das Kind auf Fieber und erhöhte Temperatur?

---

---

Ermüdet das Kind schnell?  ja    nein

Wimmert oder weint es oft?  ja    nein

Besondere Wünsche der Eltern für den Fall einer Erkrankung:

---

---

---

#### **IV. Ess- und Trinkgewohnheiten**

Das Kind hat im allgemeinen

guten Appetit    schlechten Appetit    übergroßen Appetit

Hat es oft zwischen den Mahlzeiten Hunger?

nein

ja - Was tun Sie dann? Bitte beschreiben Sie:

---

---

---

Welches Wort benutzt das Kind, wenn es Hunger hat?

Welches Wort benutzt das Kind, wenn es Durst hat?

Welc

---

Wann bekommt das Kind zu Hause seine Mahlzeiten?

um \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Uhr

Wird das Kind noch gestillt?  ja    nein

Bekommt das Kind noch Fertigmilch?

nein

ja, welche und wie viel :

---

---

---

Was trinkt es sonst?

---

---

---

Verträgt das Kind bestimmte Nahrungsmittel nicht?

nein

ja, welche:

---

---

---

Hat das Kind andere Allergien?

nein

ja, welche:

---

---

---

Was isst das Kind am liebsten?

---

---

---

Was mag es gar nicht?

---

---

---

Muss man dem Kind gut zureden,  
damit es etwas Unbekanntes probiert?  ja  nein

Womit isst das Kind?

mit den Händen  mit dem Löffel  mit der Gabel

Spielt das Kind gern mit dem Essen?  ja  nein

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

---

---

---

Lässt sich das Kind beim Essen leicht ablenken?

nein

ja - Was tun Sie, wenn es sich ablenken lässt?

---

---

Sind Sie der Meinung, das Kind sollte alles aufessen?  ja  nein

Was tun Sie, damit das Kind möglichst alles aufisst?

---

---

---

Lutscht das Kind?

am Daumen  am Sauger  an bestimmten Fingern

gar nicht  an einem Tüchlein

Erlauben Sie dem Kind das Lutschen?

ja

nein - Was tun Sie, um es vom Lutschen abzuhalten? \_\_\_\_\_

---

---

---

Bekommt das Kind regelmäßig Süßigkeiten?

nein, gar keine

ja, wie viel am Tag: \_\_\_\_\_

---

## V. Zusätzliche Informationen

### über Babys

Hat das Kind schon Kolikanfälle gehabt?  ja  nein

Ist die Haut des Babys sehr empfindlich?  ja  nein

Ist es oft wund?  ja  nein

Auf was reagiert die Haut des Kindes gereizt?

---

Hat das Kind öfter Blähungen?  ja  nein

Ist der Stuhlgang regelmäßig?  ja  nein

Hat es oft Durchfall?  ja  nein

Hat es oft Verstopfung?  ja  nein

Was tun Sie bei Durchfall oder Verstopfung? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie füttern Sie das Kind?

es wird auf dem Schoß gehalten  es sitzt im Kinderstuhl

anderes: \_\_\_\_\_

Haben Sie besondere Probleme beim Füttern?

nein

ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## VI. Sauberkeitserziehung

Haben Sie schon damit begonnen, das Kind zur Sauberkeit zu erziehen?

nein  ja, im Alter von \_\_\_\_\_ Monaten

Falls Sie schon begonnen haben:

Welches Wort verwenden Sie für „Wasser lassen“ und „Stuhlgang“?

für Wasser lassen: \_\_\_\_\_

für Stuhlgang: \_\_\_\_\_

Sagt es im Allgemeinen, wenn es auf die Toilette muss?

ja  nur manchmal

gar nicht, der Erwachsene muss ahnen, wann es muss.

Benutzt das Kind

den Topf?  ja  nein

die Toilette?  ja  nein

Hat das Kind Angst

vor der Toilette?  ja  nein

Wie verhält sich das Kind, wenn es in die Hosen gemacht hat?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was tun Sie, wenn das Kind mal in die Hosen macht?

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

## VII. Schlafgewohnheiten

Um welche Zeit geht das Kind abends schlafen? Um \_\_\_\_\_ Uhr

Wann steht es morgens auf? Um \_\_\_\_\_ Uhr

Ist es morgens ausgeschlafen?

- ja
- ja, meistens
- nein, fast nie

Braucht es lange, ehe es nach dem Schlafen ganz wach ist?  ja  nein

Schläft es während des Tages?

- nein
- ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr
- unterschiedlich

Wie viele Stunden Schlaf benötigt das Kind insgesamt in 24 Stunden?

\_\_\_\_\_

Wehrt es sich gegen den Mittagsschlaf?

- im Allgemeinen ja
- im Allgemeinen nicht

Nimmt es ein besonderes Objekt mit ins Bett (z.B. Tuch, Kuscheltier)?

nein

ja, welches: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Braucht das Kind einen Schnuller zum Einschlafen?

- ja
- nein

Lassen Sie es aufstehen, wenn es mittags nicht einschläft oder nur sehr kurz schläft?

- ja, meistens
- nein, meistens nicht

Haben Sie beobachtet, dass das Kind schwere Träume hat?

- ja, oft
- manchmal
- selten
- ich habe nicht darauf geachtet

## VIII. Spielverhalten

Wie spielt das Kind am liebsten?

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

Kann das Kind sich einige Zeit allein beschäftigen?

- ja, sehr gut     ja, aber selten     nein, sehr schlecht  
Regen Sie das Kind an, sich auch allein zu beschäftigen?  ja     nein

Möchte das Kind bei Ihren Tätigkeiten dabei sein und mitmachen?

- nein  
 ja - Wie reagieren Sie dann?
- 
- 

Womit spielt das Kind am liebsten?

---

---

---

Lässt es sich gerne vorlesen oder Geschichten erzählen?  ja     nein

Spielt es gerne im Freien?

- nein, es will bald wieder ins Haus  
 ja, am liebsten spielt es dort:
- 
- 
- 

Womit hat es sich schon beschäftigt?

(Alles Zutreffende ankreuzen!)

- Knetmasse     Bausteinen     Fingerfarben  
 Spielautos     Buntstiften     Bällen  
 Haushaltsgegenständen     Puppen     Spielen im und mit Wasser  
Wie geht es mit Scheren und anderen gefährlichen Gegenständen um?
- 
- 
- 

## IX. Ängste des Kindes

Wie ängstlich ist das Kind im Allgemeinen?

- nicht ängstlich     recht ängstlich     sehr ängstlich

