

Fragebogen
für Eltern / Personensorgeberechtigte zum Lebensumfeld, zur Entwicklung und zum Verhalten
des Kindes
für einen Integrationshelfer

Name, Vorname des/der Schülers*in	Geb. Datum:

Eltern:

Name, Vorname der Mutter:	Geb. Datum:
Beruf:	Erreichbarkeit tagsüber: (Tel.-Nr.)
Name, Vorname des Vaters:	Geb. Datum:
Beruf:	Erreichbarkeit tagsüber: (Tel.-Nr.)
Das Kind ist: <input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> in Pflege oder Heimerziehung	
Wer hat das Sorgerecht? : <input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater	
Die Eltern: <input type="checkbox"/> leben zusammen <input type="checkbox"/> leben getrennt seit:	
Bei Trennung der Eltern: Kontakt zum Elternteil, bei dem der/die Schüler*in nicht lebt, besteht:	
<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig Kontakt zuletzt:	

Geschwister:

	Vorname	Geb. Datum	Kindergarten / Schulart
1. Geschwister			
2. Geschwister			
3. Geschwister			
4. Geschwister			

Halbgeschwister:

	Vorname	Geb. Datum	Kindergarten / Schulart
1. Geschwister			
2. Geschwister			
3. Geschwister			
4. Geschwister			

Kindertagesstätte / Vorschule / Grundschule

Welche Kita, Tagesmutter, Einrichtung o.ä. hat Ihr Kind vor der Einschulung besucht und für welchen Zeitraum:

Welche Hilfen erhielt Ihr Kind bisher bzw. erhält es noch?

Hilfen / Maßnahmen	von	bis
<u>Heilpädagogische Hilfen der Eingliederungshilfe</u> <input type="checkbox"/> Interdisziplinäre Frühförderung (IFF) <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Leistungen <input type="checkbox"/> ahF (ambulant heilpädagogische Förderung) <input type="checkbox"/> Integrationsgruppe <input type="checkbox"/> Einzelintegration <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Kleingruppe <input type="checkbox"/> Integrationshelfer		
Logopädie/Sprachheiltherapie		
Ergotherapie		
Psychomotorik		
Krankengymnastik		
Psychotherapie/Spieltherapie		
Sonstige:		

Haben Sie oder erhalten Sie noch Hilfen über das Jugend- oder Sozialamt?

Familienentlastender Dienst: nein ja von-bis: _____
 Familienhilfe: nein ja von-bis: _____
 Erziehungsberatung: nein ja

Zur Entwicklung des Kindes

Wie schätzen Sie den Entwicklungsverlauf Ihres Kindes ein?

1. Insgesamt normale Entwicklung wie andere Kinder seines Alters
2. Insgesamt verzögerte Entwicklung, entwickelt sich langsamer als andere Kinder
3. Insgesamt schneller Entwicklungsverlauf, ist meist weiter als andere Kinder
4. Momentan besteht ein Entwicklungsstillstand oder sogar –Rückgang

Wenn ja zu 2-4, in welchem Bereich? _____

Gibt es Auffälligkeiten im Bereich des **Hörens**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wurde Ihr Kind schon einmal einem HNO-Arzt vorgestellt? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Wurde eine Diagnose gestellt? ja nein

Vorläufige Version

Falls bekannt, welche? _____

Gibt es Auffälligkeiten im Bereich des **Sehens**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wurde Ihr Kind schon einmal einem Augen-Arzt vorgestellt? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Wurde eine Diagnose gestellt? ja nein

Falls bekannt, welche? _____

Ist die **Sprachentwicklung** altersgemäß? ja nein

Wenn nein, welche Auffälligkeiten gab / gibt es, z. B.

später Beginn

undeutliche Aussprache

falscher Satzbau

andere: _____

Wächst Ihr Kind zweisprachig oder mehrsprachig auf? ja nein

Wenn ja, mit welchen Sprachen? _____

Gesundheit:

Hat / hatte das Kind besondere Krankheiten und in welchem Alter?

Anfallsleiden Alter: _____

allergische Erkrankungen Alter: _____

Stoffwechselerkrankungen Alter: _____

andere: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Bereits erfolgte Diagnostik:

Wurde bei Ihrem Kind bereits eine umfassende Entwicklungsdiagnostik durchgeführt? ja nein

Wenn ja, welche?

Diagnostikzentrum (z.B. WOI, Pelzerhaken, UKE, IKE)

in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulanz/Praxis

Neurologen/Psychologen:

Sonstiges: _____

Wann?

Vorläufige Version

Bitte reichen Sie Kopien der Berichte von Fachärzten / Therapeuten, die in der Regel Ihrem Kinderarzt vorliegen, mit ein.

Hilfsmittel:

Verfügt das Kind über Hilfsmittel, die es für einen gelingenden Schulbesuch benötigt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Werden Hilfsmittel / weitere Hilfsmittel benötigt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Häusliches und Familiäres Leben / Gemeinschaftliches, soziales und staatsbürgerliches Leben

Kontakt- und Freizeitverhalten

Hat Ihr Kind weitere Bezugspersonen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wie ist der Kontakt zu weiteren Familienmitgliedern / zum erweiterten Familienkreis?

Wie begegnet Ihr Kind fremden Erwachsenen?

Wie verhält sich Ihr Kind fremden Kindern gegenüber?

Wie schätzen Sie die Kontakte Ihres Kindes zu ihren/seinen Freunden ein?

- hat 1-2 gute Freunde
- hat mehrere gute Freunde
- spielt mit vielen Kindern, hat aber keine festen Spielkontakte
- hat keine Freunde
- spielt / beschäftigt sich lieber alleine
- spielt / beschäftigt sich überwiegend mit gleichaltrigen Kindern
- spielt / beschäftigt sich überwiegend mit älteren Kindern
- spielt / beschäftigt sich überwiegend mit jüngeren Kindern

Ist Ihr Kind regelmäßig mit Freunden verabredet? ja nein

Bestehen im Kontakt zu anderen Kindern besondere Schwierigkeiten? ja nein

Falls ja, welche? _____

Welche Interessen / Hobbys hat Ihr Kind? Womit beschäftigt es sich gerne?

Vorläufige Version

Besucht Ihr Kind eine Nachmittagsbetreuung? ja nein

Wenn ja, welche? _____

An welchen Wochentagen und zu welcher Uhrzeit ist die Nachmittagsbetreuung?

Nimmt Ihr Kind regelmäßige Freizeitaktivitäten wahr? ja nein
(z. B. Sportverein, Musikschule, Jugendkreis etc.)

Falls ja, welche und wie oft? _____

Beteiligt sich Ihr Kind an Alltagsaufgaben? ja nein
Falls ja, welche? _____

Tägliches Fernsehen? ja nein Dauer: _____ Stunden

Tägliches Spielen z.B. mit PC, Playstation, Smartphone? ja nein Dauer: _____ Stunden

Welche altersentsprechenden Angebote und Anregungen nutzt Ihr Kind zu Hause?

Bitte schildern Sie das Verhalten Ihres Kindes zuhause:

Wie wünschen Sie sich die Hilfe für Ihr Kind? Was wollen Sie mit Hilfe der Maßnahme verändern?

Ort, Datum

Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Vorläufige Version

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit und Unterstützung!