



Aufnahmegesprächsbogen Krabbelstube

Bitte füllen Sie diesen Bogen kurz vor dem Aufnahmegespräch/Elternabend aus, damit dieser aktuell ist.

Zu Ihrer Familie und Bezugspersonen Ihres Kindes

Name des Kindes: _____

Wer sind die wichtigsten Bezugspersonen Ihres Kindes?

Wohnen beide Elternteile im selben Haushalt?

Ja

Nein

Gab es in letzter Zeit Änderungen in der Familienkonstellation?

Ja

Nein

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf?

Ja

Nein

Wenn ja, welche Sprachen spricht Ihr Kind?

Kulturelle Besonderheiten

Welcher Religion gehört Ihr Kind an?

Welche Feste, Bräuche, usw. sind wichtig?

Gibt es Speisen, die ihr Kind (aufgrund eines religiösen Hintergrunds) nicht essen soll?

Besondere Ereignisse im Leben Ihres Kindes

Wissenswertes zu Ihrem Kind

Allergien/Unverträglichkeiten

Chronische Erkrankungen



Operationen

Unfälle

Sonstiges



Als Expertin/Experte Ihres Kindes möchten wir sie nun um folgende Antworten bitten:

<p>Welche Kontakte hat Ihr Kind bereits zu anderen Kindern/Erwachsenen gesammelt?</p> 	<p><input type="checkbox"/> Freunde <input type="checkbox"/> Verwandtschaft <input type="checkbox"/> Spielgruppe <input type="checkbox"/> Babyschwimmen <input type="checkbox"/> Sonstiges</p> <hr/>
<p>Wurde Ihr Kind bereits in einer anderen Institution betreut?</p> 	<p><input type="checkbox"/> Babysitter/in <input type="checkbox"/> Tagesmutter/vater <input type="checkbox"/> Krabbelstube <input type="checkbox"/> Loslassgruppe <input type="checkbox"/> Sonstiges</p> <hr/>
<p>Wie geht ihr Kind mit Veränderungen um?</p>	
<p>Wie geht ihr Kind mit Trennungen um?</p>	
<p>Kennt Ihr Kind bestimmte Begrüßungs- und/ oder Verabschiedungsrituale? Wenn ja, welche?</p>	
<p>Wie lässt sich Ihr Kind gut trösten? (Schnuller, Kuscheltier, Lied,...)</p>	
<p>Welche Schlafgewohnheiten bevorzugt Ihr Kind? Was benötigt Ihr Kind zum Schlafen? (Windel, Schnuller, Kuscheltier, Flasche...)</p>	
<p>Was sind Lieblingsgegenstände Ihres Kindes? (Schmusetuch, Kuscheltier, Schnuller, ...)</p>	



Nennen Sie bitte drei Charaktereigenschaften Ihres Kindes:	
Womit spielt Ihr Kind am liebsten?	
Beschreiben Sie das Spielverhalten Ihres Kindes: es spielt eher alleine/mit anderen Kindern/spielt nebeneinander/usw. (wenn bereits beobachtbar)	
Was isst Ihr Kind gerne/nicht so gerne? (wenn bereits beobachtbar)	
Was trinkt Ihr Kind?	<input type="checkbox"/> Tee <input type="checkbox"/> Wasser <input type="checkbox"/> Saft <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Entwicklung Ihres Kindes

Zur Entwicklung Ihres Kindes ist es für uns hilfreich zu wissen, wie der Geburtsverlauf war, ob es Komplikationen gab und Ihr Kind z.B. als Frühgeburt auf die Welt kam, wie die Kleinkindentwicklung verlaufen ist.	Geburtsverlauf: <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Komplikationen <input type="checkbox"/> Normalgeburt <input type="checkbox"/> Frühgeburt
Wurde Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____
Schläft Ihr Kind (ohne besondere Umstände wie z.B. bei Krankheit,...) durch?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihr Kind gekrabbelt? Wenn ja, mit wie vielen Monaten? Krabbelt ihr Kind aktuell?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Welche Tätigkeiten erledigt Ihr Kind eigenständig? (wenn bereits beobachtbar)

Toilette benützen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Manchmal
Hände waschen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Manchmal
Sich anziehen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Manchmal

Bewegung/Motorik

Grobmotorik, Feinmotorik

Kommt Ihr Kind aus der Rücken-/Bauchlage ins Sitzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Geht es frei und sicher?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, wie gestaltet sich die Fortbewegung aktuell?	_____	
Kann es beim Laufen sicher stoppen? (ggf. Frage auslassen, wenn das Kind noch nicht geht)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, wie würden sie es stattdessen beschreiben?	_____	



Kann Ihr Kind nach am Boden liegenden Dingen greifen ohne dabei umzufallen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zieht und schiebt Gegenstände/Spielzeug	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Aufgreifen von kleinen/sehr kleinen Gegenständen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bauklötze (2- ...) aufeinander stapeln	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kritzelt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Isst mit dem Gabel bzw. Löffel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, wie gestaltet sich das Essen aktuell?		
<hr/>		
Trinkt aus einer Tasse/einem Glas	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, wie gestaltet sich das Trinken aktuell?		

Sprache

Wortschatz, Redefluss, Mundmotorik, Aussprache, Atmung

Atmet ihr Kind oft durch den Mund? (ausgenommen bei Krankheit)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kann sich Ihr Kind verbal ausdrücken? (Ich bin müde/ Durst/Habe Hunger)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ihr Kind spricht aktuell in...		
Einwortsätzen	<input type="checkbox"/>	
Zeiwwortsätzen	<input type="checkbox"/>	
Mehrwortsätzen	<input type="checkbox"/>	
Benennt Ihr Kind Gegenstände in Bildern?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Isst ihr Kind harte Speisen? (wenn bereits beobachtbar)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bevorzugt Ihr Kind weiche Speisen? (wenn bereits beobachtbar)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gibt es (besondere) Wörter, die wir kennen sollten?		

Wahrnehmung

Berührungs- /Bewegungsempfindung, Hörfähigkeit, Sehfähigkeit, Erkennen von Gegenständen, Formen, Farben

Reagiert Ihr Kind besonders Überempfindlich auf Berührungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie macht es sich bemerkbar?		
<hr/>		
Ist Ihr Kind beeinträchtigt beim Hören?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde eine Hörtest durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihr Kind beeinträchtigt im Sehen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde ein Sehtest durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein



Hat Ihr Kind Erfahrungen mit **diversen Therapien und/oder Ähnlichem** gemacht?

Ergotherapie (Bewegung, Wahrnehmung)

Ja

Nein

Physiotherapie

Ja

Nein

Alternative Therapien (Kinesiologie, Energetik,..)

Ja

Nein

Sonstiges

Ja

Nein

Ihre Erwartungen an unserer Einrichtung

Was meinen Sie braucht Ihr Kind, damit es sich gut eingewöhnt und sich in unserer Einrichtung wohlfühlt?

Was brauchen Sie als Eltern, um sich bei uns wohlfühlen?

Welche Fragen haben Sie an uns?

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Angaben und freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit!

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Datum, Unterschrift Pädagogin/Pädagoge