



## Aufnahmegesprächsbogen

### Zu Ihrer Familie

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

Wohnen beide Elternteile im selben Haushalt?

Ja

Nein

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf?

Ja

Nein

Welche Sprachen spricht Ihr Kind?

\_\_\_\_\_





**Als Experten Ihres Kindes möchten wir Sie nun um folgende Antworten bitten:**

Womit spielt Ihr Kind am Liebsten?	
Beschreiben Sie das Spielverhalten Ihres Kindes: es spielt eher alleine/mit anderen Kindern/spielt nebeneinander/usw.	
Nennen Sie drei Charaktereigenschaften Ihres Kindes:	
Was isst Ihr Kind gerne?	



# OÖ FAMILIENBUND

Betreuung | Bildung | Beratung | Begegnung

Was isst Ihr Kind nicht so gerne?	
Hat Ihr Kind Allergien / Lebensmittelunverträglichkeiten?	
Welche Schlafgewohnheiten bevorzugt Ihr Kind?	
Wie lässt sich Ihr Kind gut trösten? (Schnuller, Kuscheltier, Lied,...)	
Welche Kontakte hat Ihr Kind bereits zu anderen Kindern/Erwachsenen gesammelt?  	Freunde <input type="checkbox"/> Verwandtschaft <input type="checkbox"/> Spielgruppe <input type="checkbox"/> Turngruppe <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> _____
Wurde Ihr Kind in einer anderen Institution betreut?  	Loslassgruppe <input type="checkbox"/> Babysitter <input type="checkbox"/> Tagesmutter/vater <input type="checkbox"/> Krabbelstube <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> _____

## Gesamtentwicklung Ihres Kindes

Zur Gesamtentwicklung 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 Normal <input type="checkbox"/> Beeinträchtigt <input type="checkbox"/> Normalgeburt <input type="checkbox"/> Frühgeburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/>
Wurde Ihr Kind gestillt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie lange?	-----



# OÖ FAMILIENBUND

Betreuung | Bildung | Beratung | Begegnung

Schläft Ihr Kind durch?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, seit wann?	-----	
Ist Ihr Kind gekrabbelt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Ab wann -----	

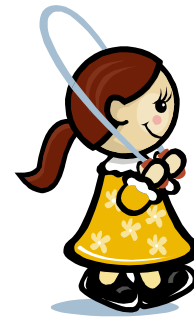
## Welche Tätigkeiten kann Ihr Kind bereits alleine?

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
Spielsachen aufräumen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Manchmal

## Bewegung/Motorik

Gleichgewichtswahrnehmung, Zusammenspiel beider Körperhälften oder Einseitigkeit

Sicheres Greifen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Springen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Balancieren	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hüpfen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tanzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Stiegen steigen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein



## Sprache

Wortschatz, Redefluss, Mundmotorik, Aussprache, Atmung

Spricht Ihr Kind Drei-Wort-Sätze?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kann sich Ihr Kind verständlich ausdrücken? (Ich bin müde!/Ich habe Durst!)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kann Ihr Kind Wörter richtig aussprechen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein



## Wahrnehmung

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

Reagiert Ihr Kind auf Berührungen?  Ja  Nein

Ist Ihr Kind beeinträchtigt im Hören?  Ja  Nein

Wurde eine Hörtest durchgeführt?  Ja  Nein

Ist Ihr Kind beeinträchtigt im Sehen?  Ja  Nein

Wurde ein Sehtest durchgeführt?  Ja  Nein

Erkennt Ihr Kind Gegenstände, Formen, Farben?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind diesbezüglich Erfahrungen mit Sprach- oder Bewegungstherapien gemacht?

Logopädie (Sprache)  Ja  Nein

Ergotherapie (Bewegung)  Ja  Nein

## Wer sind die wichtigsten Bezugspersonen des Kindes?

---

**Wie geht Ihr Kind mit Trennung und Veränderung um? War Ihr Kind schon einmal längere Zeit von Ihnen getrennt?**

---

## Was braucht Ihr Kind?

	Ja	Nein	Am Tag	In der Nacht
Schnuller				
Flascherl				
Windel				
Schmusetuch				
Kuscheltier				
Sonstiges				
_____				



# OÖ FAMILIENBUND

Betreuung | Bildung | Beratung | Begegnung

## **Besondere Ereignisse im Leben Ihres Kindes:**

Allergien

---

Chronische Erkrankungen

---

Unverträglichkeiten

---

Operationen

---

Unfälle

---

Änderung in der Familienkonstellation

---

Sonstiges

---

## **Welche Impfungen wurden wann durchgeführt?**



## Ihre Fragen und Erwartungen an das Personal unserer Einrichtung?

Was meinen Sie, braucht Ihr Kind, damit es sich gut eingewöhnt und 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!*

*Wir freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit bei Elternabenden,  
Festen und sonstigen Veranstaltungen!*

---

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

---

Datum, Unterschrift Pädagoge/In