Rothwiesen
SFZ München Nord-West

Rothwiesenstraße 18 • 80995 München
Tel: 0 89/14 34 07 35-0 • Fax: 14 34 07 35-33

sfz-muenchen-nordwest@muenchen.de
www.sfz-muenchen-nordwest.musin.de

Bitte schicken oder faxen Sie diesen Fragebogen vor dem Termin an uns zurück. Zu Händen Frau: _____

Elternfragebogen

_____ _____ _____
Name, Vorname des Kindes geboren am in

_____ _____ _____
Anschrift Staatsangehörigkeit Konfession

Seit wann lebt Kind in Deutschland? _____ ggf. Aufenthaltsstatus: _____

Angaben zu den Eltern

Vater	Name	Vorname	geboren am
aufgewachsen in		Anschrift	
E-Mail Adresse:		Muttersprache	Telefonisch erreichbar unter:
Mutter	Name	Vorname	geboren am
aufgewachsen in		Anschrift	
E-Mail Adresse:		Muttersprache	Telefonisch erreichbar unter:

Sonstige Bezugspersonen oder Erziehungsberechtigte	Name, Vorname	Anschrift
	Verhältnis zu o.g. Kind	telefonisch erreichbar unter

Die Eltern sind ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden

Das Kind lebt bei ☐ den Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ _____

Sorgeberechtigt ist / sind _____

1. Fragestellung

Beschreibung des Kindes: Wo sind seine Stärken, wo seine Schwächen, was liegt dem Kind, was macht es gerne, was nicht so gerne,....

_____

_____

_____

Worin besteht die **zentrale Fragestellung** für die Beratungsstelle:

_____

Was erwarten Sie sich von der Beratungsstelle?

_____

_____

2. Familiäre Situation

Geschwister / Halbgeschwister — Kind von:

Name, Vorname	Geburtsjahr	Kindergarten/Schule/Beruf	beiden	Mutter	Vater
_____	_____	_____	☐	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐	☐

Wohnsituation

Größe der Wohnung (Anzahl der Zimmer und Quadratmeter:

_____

□ Kind hat eigenes Zimmer □ Kind hat eigenes Bett □ Kind hat eigenen Schreibtisch

Verhältnis der Geschwister zueinander: _____

3. Alltagssituation:

Mein Kind besucht den Kindergarten von _____ bis _____ Uhr täglich.

Mein Kind steht unter der Woche um _____ Uhr auf und geht um _____ Uhr schlafen.

Mein Kind hilft zu Hause mit? ☐ ja ☐ nein

Freizeitverhalten

Welchen Tätigkeiten geht Ihr Kind in der Freizeit nach?

□ Sport: _____

□ Musik: _____

□ Sonstiges: _____

Wie viel Zeit hat Ihr Kind täglich zum Spielen? _____

Mein Kind spielt gerne: □ mit anderen Kindern □ mit Geschwistern

□ mit Erwachsenen □ alleine

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind am Tag mit Medien (Fernsehen, Handy, Tablet,…)?:

_____

Wie gestalten Sie das Wochenende?

_____

_____

Wer übernimmt den Hauptanteil an der Erziehung?

_____

Herrscht Einigkeit in Erziehungsfragen? ☐ ja ☐ nein

_____

4. Entwicklung Ihres Kindes

Gab es in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Auffälligkeiten oder Probleme?

Schwangerschaft: _____

Geburt: _____

Sprachentwicklung:

Ab welchem Monat konnte ihr Kind sprechen? _____ Monat

Gab/gibt es in der Muttersprache Auffälligkeiten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Welche **Sprache** wird in der Familie gesprochen? _____

Welche Sprachen spricht Ihr Kind? _____

spricht Deutsch seit _____ (Geburt, Kindergarten, Jahreszahl,…)

Motorische Entwicklung:

Ihr Kind ist vor dem Laufen gekrabbelt. ☐ ja ☐ nein

Ihr Kind fährt Roller. ☐ ja ☐ nein

Ihr Kind fährt Fahrrad ohne Stützräder. ☐ ja ☐ nein

Ihr Kind schwimmt. ☐ ja ☐ nein

Ab welchem Monat konnte Ihr Kind laufen ? _____ Monat

Sozial-emotionale Entwicklung:

Ihr Kind hat zeitweilig (über mehrere Wochen) einen „besten Freund“/ „beste Freundin“. ☐ ja ☐ nein

Ihr Kind lädt andere Kinder zu sich ein. (wählt diese selbst aus) ☐ ja ☐ nein

Ihr Kind wird von anderen Kindern eingeladen. ☐ ja ☐ nein

Ihr Kind kann Dinge (z.B. Süßigkeiten) zwischen sich

und anderen Kindern gerecht aufteilen. ☐ ja ☐ nein

Ihr Kind spielt Regelspiele (Brettspiele, Kartenspiele, Sportspiele,..) ☐ ja ☐ nein

Ihr Kind kann sich über einen längeren Zeitraum mit Spielzeug, Malen, Büchern,... alleine beschäftigen.
(**nicht** Fernseher, Handy oder Computer) ☐ ja ☐ nein

Ihr Kind kann sich (bei vertrauter Betreuung) über mehrere Stunden am Tag von Ihnen trennen. ☐ ja ☐ nein

Ihr Kind kann sich bei Frustrationen (Wut, Trauer, Enttäuschung) meist ausreichend selbst regulieren. ☐ ja ☐ nein

Ihr Kind traut sich, neue Dinge auszuprobieren. ☐ ja ☐ nein

Ihr Kind freut sich, in die Schule zu gehen. ☐ ja ☐ nein

Verhalten in der Familie

□ problematisch: □ zu ruhig □ unruhig □ aufbrausend □ widerspenstig □ Streit mit Geschwistern □ wenig Mitgefühl □ kann nicht verlieren

□ widersetzt sich Anweisungen □ hält sich nicht an die Regeln □ zeigt wenig Mithilfe

Verhalten in ungewohnter Umgebung

□ problematisch: □ sehr schüchtern □ ängstlich □ zu zutraulich □ sehr zurückhaltend gegenüber Fremden

□ drängt sich gern in den Vordergrund

Gegenüber anderen Kindern und im Kindergarten

□ problematisch: □ sehr bestimmend □ zu nachgiebig □ meidet Konflikte □ hat wenig/keine Freunde □ aggressiv □ hält sich nicht an die Klassenregeln □ bekommt häufig Strafen/Mitteilungen

Gab es im Leben Ihres Kindes **Ereignisse**, die seine Entwicklung beeinflusst haben könnten? (Trennung, Umzug, Flucht,….)

_____

_____

Anfälligkeiten für Krankheiten/Allergien…:

_____

_____

5. Betreuung und Förderung

Hat ihr Kind eine Kinderkrippe besucht? ☐ nein ☐ ja _____ Jahre _____ Std./täglich

Besucht Ihr Kind einen Kindergarten? ☐ nein ☐ ja seit ____ Jahren_____Std./täglich

Fand ein Kindergartenwechsel statt? ☐ nein ☐ ja

zuletzt besuchte Einrichtung:_____

Welche **Unterstützungen/Untersuchungen** haben Sie bisher wahrgenommen?

Kinderarzt U9 ☐ ja ☐ nein Diagnose: _____

Name: _____ Tel: _____

Augenarzt ☐ ja ☐ nein Diagnose: _____

Ohrenarzt ☐ ja ☐ nein Diagnose: _____

Pädaudiologie ☐ ja ☐ nein Diagnose: _____

Logopädie ☐ ja ☐ nein Diagnose: _____

Name: _____ Tel: _____

Seit wann erhält Kind Therapie/Einheiten?: _____

Ergotherapie ☐ ja ☐ nein Diagnose: _____

Name: _____ Tel: _____

Seit wann erhält Kind Therapie/Einheiten?: _____

Kinderpsychologe ☐ ja ☐ nein Diagnose: _____

Name: _____ Tel: _____

Sozialpädiatrisches Zentrum (z.B. Kinderzentrum) ☐ ja ☐ nein Diagnose: _____

_____

Name: _____ Tel: _____

Sonst. Therapie ☐ ja ☐ nein Diagnose: _____

Name: _____ Tel: _____

Erz. Hilfe ☐ ja ☐ nein

Name: _____ Tel: _____

Vorkurs Deutsch ☐ ja ☐ nein

Name Lehrkraft : _____ Name der Schule: _____

Bitte fügen Sie vorhandene Gutachten in Kopie bei!

Vielen Dank