

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 Mobile Sonderpädagogische Hilfe:

Was erwarten Sie sich von der Mobilen Sonderpädagogischen Hilfe?

2. Familiäre Situation

Geschwister / Halbgeschwister

Kind von:

_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname	Geburtsjahr	Kindergarten/Schule/Beruf	beiden	Mutter	Vater
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname	Geburtsjahr	Kindergarten/Schule/Beruf	beiden	Mutter	Vater
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname	Geburtsjahr	Kindergarten/Schule/Beruf	beiden	Mutter	Vater
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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: _____

Elternanamnese MSH – SFZ München Nord-West

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