



**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
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:

_____	_____	_____	<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: \_\_\_\_\_

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**