



Fragebogen zur Aufnahme von Kindern

Name: _____ geboren am: _____

Adresse: _____ Gewicht: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Größe: _____

Behandelnder Arzt am Heimatort:
(Adresse / Telefon) _____

Ärztliche Betreuung in spezieller Einrichtung:
(Adresse / Telefon) _____

Sozialverhalten: **ja** **nein**

Weglauff Tendenzen

Gruppenfähigkeit

Rückzugstendenzen

Überstarke Reaktionen auf
Tadel/Kritik/Misserfolg

Aggressionen

Schulverweigerer

Schulbegleitung vorhanden?

Familienhilfe vorhanden?

Kann sich das Kind an
Regeln halten?

Weitere Besonderheiten: _____

Hat Ihr Kind Allergien?

Wenn ja, welche? _____

Benötigt Ihr Kind
Medikamente?

Wenn ja, welche? _____

Braucht Ihr Kind Hilfe
bei Alltagsaufgaben?

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind AD(H)S

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Sprach- und Sprechstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Opfer aggressiven Verhaltens von Mitschülern/innen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Opfer aggressiven Verhaltens von Familienmitgliedern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wie schätzen Sie die nachfolgenden Punkte ein:

	unauffällig	mäßig auffällig	sehr stark auffällig
Motorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
depressive Verstimmung (Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, bedrückt sein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Förderungen/Therapien am Heimatort

- | | | | |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Physiotherapie | <input type="checkbox"/> | Psychomotorik | <input type="checkbox"/> |
| Ergotherapie | <input type="checkbox"/> | Psychologische Betreuung | <input type="checkbox"/> |
| Logopädie | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |

Betreuung zu Hause (genaue Bezeichnung der Einrichtung):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kindergarten _____ | <input type="checkbox"/> Hort _____ |
| <input type="checkbox"/> Schule _____ | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

Mit Integrationshilfe? _____ Inklusive Betreuung? _____

Pflegegrad vorhanden? _____ Wenn ja, welcher Grad? _____

WICHTIG! Bitte geben Sie Ihren Namen, eine Rückrufnummer und eine E-Mail-Adresse an:

Vorname, Name: _____ Tel.-Nr.: _____

E-Mail Adresse: _____

Gerne können Sie uns weitere Infos auf einem Extrablatt mitteilen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Hilfe!