Liebe Eltern,

wir begrüßen Ihr Kind recht herzlich in unserer Krippe.
Damit Ihrem Kind und Ihnen als Familie der Start hier in der Krippe „Pfiffikus“ gelingt, bitten wir Sie vorab um einige **freiwillige Angaben**, diese werden vertraulich behandelt.

Sehr wahrscheinlich sind Sie über diesen umfangreichen Fragebogen erstaunt und einige Fragen klingen für Sie sehr persönlich. Doch je mehr wir über Ihr Kind erfahren, desto individueller, bedürfnisorientierter und emphatischer können wir auf Ihr Kind eingehen.
Ihr Kind kann den Übergang in die neue Umgebung sowie zum pädagogischen Personal besser bewältigen, da wir uns bestmöglich auf Ihr Kind einstellen können.

Allgemeine Daten

Datum der Erstellung:…….... Beginn der Eingewöhnung: …….…….

Name des Kindes: …….. Geburtsdatum:…….

Eingewöhnender Elternteil: …… Alter des Kindes bei Aufnahme:

Geschwister:……..…

Nationalität: ……..… Familiensprache: …….…….

Bisherige Bezugspersonen

Wer sind die Hauptbezugspersonen Ihres Kindes?
……

Wurde das Kind bisher schon von anderen Personen betreut?
z.B. Oma/Opa, Babysitter, Tagespflegeperson (Tagesmutter, andere Kita)

- ☐ Nein
- ☐ Ja: ……

Wie lange wurde Ihr Kind jeweils betreut?
z.B. std./täglich, std./ Tage in der Woche, insgesamt von bis

……..….

Welches Übergangsobjekt benötigt Ihr Kind und wie fordert es sich dieses ein? *(Nuckel, Kuscheltuch, Kuscheltier, Ich-Buch)*

……

Wie verhielt sich Ihr Kind in Trennungssituation und was hat sich, wenn es Probleme gab, bewährt?

…….....

Gesundheitliche Vorgeschichte

Gibt es Besonderheiten im bisherigen Entwicklungsverlauf Ihres Kindes?
(ab der Schwangerschaft bis zum Kleinkindalter)

……

……

……

➔ Gab es längere Krankheiten, Krankenhausaufenthalte und/oder Kuren des Kindes?

- ☐ Wenn ja, wann und wie lange?

  ……

- ☐ Besonderheiten dabei?

  ……

  ……

Hat ihr Kind eine chronische Krankheit, Allergien/Unverträglichkeiten, Fieberkrämpfe und/oder andere Besonderheiten?

……

……

➔ Benötigt/erhält ihr Kind:

- ☐ Medikamente *(ACHTUNG: Hinsichtlich der Gabe von Medikamenten ist ein gesondertes Formular auszufüllen)*

  ……

- ☐ Hilfsmittel

  ……

- ☐ Fördermaßnahmen

  ……

Wenn ja, was ist zu beachten?

……

Essen und Trinken

Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

- ☐ Nein
- ☐ Ja - welche und wie reagiert es darauf: ……
  ……

Wie isst ihr Kind?

- ☐ allein *(z.B. BLW – Baby-Les Weaning)*
- ☐ mit Hilfe
- ☐ es wird gefüttert

Womit isst Ihr Kind?

- ☐ mit den Händen
- ☐ mit dem Löffel
- ☐ mit der Gabel

Wie trinkt Ihr Kind?

- ☐ aus der Nuckelflasche/ Magic Becher → ☐ mit Hilfe ☐ ohne Hilfe
- ☐ aus der Tasse/ Becher/ Glas → ☐ mit Hilfe ☐ ohne Hilfe

Welche Form von Essen isst Ihr Kind? *(z.B. Brei, Flaschennahrung, Muttermilch u.Ä.)*

……

Was isst/ trink Ihr Kind gern?	nicht gern?
……	……..
……	……..
……	……..

Wie gestikuliert Ihr Kind bei Hunger oder Durst?

……

Schlafen

Schläft Ihr Kind tagsüber?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, von bis: ……

Welche Schlafgewohnheiten hat Ihr Kind?

- ➔ Bevorzugter Ort *(z.B. Kinderbett, Kinderwagen, Laufgitter)*
  ……
- ➔ Bevorzugte Lage (z.B. Seiten-, Bauch-, Rückenschläfer)
  ……
- ➔ Gewohnte Geräusche/ Stille
  ……
- ➔ Lichtverhältnisse *(z.B. dunkel, Nachtlicht)*
  ……
- ➔ Schlafen mit/ ohne Nuckel
  ……
- ➔ Schlafen mit Kuscheltier, Kuscheltuch, Kuscheldecke
  ……

Hat Ihr Kind Schlafprobleme?

- ☐ Nein
- ☐ Ja : ……

Wie äußert sich Ihr Kind, wenn es müde ist? (z.B. Augen reiben, weinerlich…)

……

……

Sauberkeitserziehung/ Pflege

Haben Sie bereits mit der Sauberkeitserziehung angefangen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja – mein/ unser Kind geht auf
  - das Töpfchen → ☐ mit Hilfe ☐ ohne Hilfe
  - die Toilette → ☐ mit Hilfe ☐ ohne Hilfe

Mit welchem Verhalten äußert sich Ihr Kind, wenn es „muss“ oder die Windel voll ist?

……

……

Sprachentwicklung

Welche Worte versteht Ihr Kind?

……

……

….

Welche Worte spricht Ihr Kind? Gibt es Wortschöpfungen, die nur Sie verstehen, die für das päd. Personal von Bedeutung sein könnten?

……

……

Wie nennt Ihr Kind?

Mutter ……..

Vater ……

Geschwister ……

Sich selbst …….....

<u>MEHRSPRACHIGKEIT</u>

Welche Sprachen sind Ihrem Kind vertraut, welche versteht es, kann es sprechen?

……

Wer spricht mit dem Kind welche Sprache?

……

Motorische Entwicklung

Wie bewegt sich Ihr Kind fort?

- ☐ robben
- ☐ krabbeln
- ☐ laufen → ☐ mit Hilfe ☐ ohne Hilfe

Kann Ihr Kind ….

- ☐ frei sitzen
- ☐ ohne Hilfe stehen

Treppen steigen → ☐ mit Hilfe ☐ ohne Hilfe

Sozial- und Spielverhalten

Wie würden Sie Ihr Kind beschreiben *(z.B. zurückhaltend, lebhaft, selbstbewusst, ängstlich, kontaktfreudig, hohe/niedrige Frustrationstoleranz)*

……

……

……

……

Welche Kontakte hat Ihr Kind mit anderen Kindern?

- ☐ Keine
- ☐ In Form von *(z.B. Krabbelgruppe, Spielnachmittag, befreundete Kinder in der Kita)*

  ……

  ……

Was sind die bevorzugten Spielmaterialien? *(z.B. Alltagsgegenstände, Autos, Puppen, Bausteine)*

……

……

Weiter Informationen zur Aufnahmen und Eingewöhnung

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Angaben und das entgegengebrachte Vertrauen.

Gesprächsteilnehmer ***(wird vom päd. Personal ausgefüllt)***
Ort/ Datum: Geratal, …….
Eltern/ Personensorgeberechtigte: Personensorgeberechtigte 1/ Name, Vorname: ……... Personensorgeberechtigte 2/ Name, Vorname: ……
Pädagogisches Personal Name, Vorname: ……
Leitung Name, Vorname……
Ich/wir bestätige/n im Aufnahmegespräch über alle aufgeführten Themen nochmals informiert worden zu sein. Ich/ wir habe/n die im Infoblatt von der Leitung aufgeführten Unterlagen erhalten.
…… ……
Unterschrift Leitung Unterschrift päd. Personal
…… ……
Unterschrift Personensorgeberechtigte 1 Unterschrift Personensorgeberechtigte 2