



Erst- und Aufnahmegespräch

Katholische Kindertagesstätte Herz-Jesu, Friedrich-Ebert-Str. 166, 47800 Krefeld

Liebe Eltern!

Damit wir Ihr Kind optimal in seiner Entwicklung unterstützen können, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen, denn niemand kennt Ihr Kind besser als Sie! Dazu benötigen wir neben Informationen zur aktuellen Lebenssituation Ihres Kindes vor allem auch solche Informationen, die sich auf seine bisherige Entwicklung beziehen.

Dabei sollen uns Ihre Antworten Hinweise liefern. Sie dienen nicht dazu, Ihr Kind und seine Fähigkeiten in irgendeiner Weise zu bewerten.

Alle Angaben, die Sie machen, sind freiwillig und unterliegen der Schweigepflicht. Bitte nehmen Sie sich ein wenig Zeit für die folgenden Fragen. Sollten Sie sich bei der einen oder anderen Frage unsicher sein, können wir diese später noch einmal gemeinsam durchgehen.

Name und Vorname(n) des **Kindes**: _____
(Bei mehreren Vornamen bitte Rufnamen unterstreichen)

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Wohnanschrift: _____

Gruppenname: _____

Aufnahmedatum _____

Datum des Gespräch: _____

Gesprächsteilnehmer: _____

Als Experten Ihres Kindes möchten wir Sie nun um folgende Antworten bitten:

1. Familiäres Umfeld

Mit welchen Menschen lebt das Kind in der Familie?

- Vater
 - Mutter
 - Großeltern – Alter _____
 - Geschwister - (Name und Alter) _____
-

2. Wohnen beide Elternteile im selben Haushalt?

Leben alle Geschwister mit dem Kind zusammen? nein ja

Sind darunter Adoptiv- oder Pflegekinder? nein ja

Gibt es weitere wichtige Bezugspersonen (z.B. Großeltern, Verwandte, Freunde...)

nein ja

Folgende: _____

Ist Ihr Kind in Deutschland geboren? nein ja

Wenn nein: Wie haben Sie sich hier eingelebt?	
Fühlen Sie sich wohl in Deutschland? `	
Kulturelle Besonderheiten (Feste, Religionen etc.)	
Gibt es belastende Änderungen in der Lebenssituation des Kindes (z.B. Geburt eines Geschwisterchens, Trennung der Eltern, Tod ...?	
ENTWICKLUNGSSTAND Stand der Sauberkeitserziehung	
Wird das Kind gewickelt?	
Benutzt das Kind die Toilette?	
Welche Hilfe braucht es dabei?	
SPRACHE (sh. Anhang)	

Sozialverhalten	
Wie ist der Kontakt zu anderen Kindern?	
Welche Erfahrungen mit anderen Kindern hat es?	
Motorische und Kognitive Entwicklung (sh. Anhang)	
Gibt es Besonderheiten im bisherigen Entwicklungsverlauf?	
Wie verliefen die Schwangerschaft und Geburt?	
Wurden oder werden unterstützende Therapien in Anspruch genommen?	
Bisherige Voruntersuchungen?	0 U1 0 U2 0 U3 0 U4 0 U5 0 U6 0 U7 0 U7a

Vermuten oder bemerken Sie Besonderheiten / Probleme in der Entwicklung ihres Kindes?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
z.B. in der motorischen Entwicklung, in der sprachlichen Entwicklung, in der kognitiven Entwicklung... Beispiele sh. Anhang Motorische und Kognitive Entwicklung Sprachliche Entwicklung	
Wenn ja, in welcher Hinsicht?	
Hat ein Kinderarzt schon einmal Hinweise auf entsprechende Schwierigkeiten gegeben?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche?	
Wurden therapeutische Maßnahmen unternommen?	
Benötigt Ihr Kind einen besonderen Betreuungs- und Förderbedarf?	
Erfahrungen mit Ablöseprozessen	
Gab es Betreuungsformen außerhalb der Familie?	<input type="radio"/> Tagespflege <input type="radio"/> Eltern-Kind-Gruppe <input type="radio"/> Sonstige
Wann?	
Wie lange?	
Gab es Probleme?	

Krankhausaufenthalte und / oder Kuren des Kindes:	
Wann?	
Wie lange?	
Gab es Probleme?	
Gewohnheiten und Vorlieben des Kindes	
Kosenamen Wie wird das Kind in der Familie angesprochen?	
Nimmt Ihr Kind einen Schnuller?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Angst und Trauer Was hilft dem Kind, wenn es ängstlich ist? (z.B. Schmusetuch, Lied...)	
Hat das Kind ein oder zwei Lieblingsspielzeuge?	
Angstauslöser Gibt es Situationen, auf die das Kind mit Angst reagiert?	
Ist die Ursache bekannt?	

Wie würden Sie Ihr Kind in seiner Einzigartigkeit einschätzen und beschreiben (Eigenschaften, Talente, Persönlichkeit etc.)	
Krankheiten / Medikation	
Ist das Kind häufig krank?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Ist es anfällig für bestimmte Krankheiten?	
Welche Krankheiten hatte das Kind schon?	
Nimmt es regelmäßig bestimmte Medikamente?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche?	
Zu welchem Zeitpunkt?	
Schlafen und Aufwachen	
Kennt das Kind bestimmte Einschlafrituale?	
Schläft das Kind in einem abgedunkelten oder hellen Raum?	<input type="radio"/> abgedunkelt <input type="radio"/> hell
Gibt es Schlafbegleiter, wie Kuscheltier, Schmusetuch, Schnuller, Schlafsack, usw.)?	

Bedeutung der Eingewöhnungszeit	
Haben Sie unsere Konzeption zur Eingewöhnungszeit gelesen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, haben Sie noch Fragen dazu?	

Ihre Fragen und Erwartungen an das Personal unserer Einrichtung

Was meinen Sie, braucht ihr Kind, damit es sich gut eingewöhnt und sich in unserer Einrichtung wohlfühlt?	
Was brauchen Sie als Eltern, um sich bei uns wohlfühlen?	
Welche Fragen haben Sie an uns?	

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft zum Gespräch und zu diesen Angaben. Sie können uns jederzeit ansprechen. Bitte lesen Sie regelmäßig unsere schriftlichen Mitteilungen und Einladungen.

Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit mit Ihnen

Ort, Datum

Unterschrift der/ die berichtende/n Elternteil/e

Motorische und Kognitive Entwicklung

	Ja	Nein
Motorische Entwicklung		
Das Kind...		
... läuft frei, aber noch unsicher		
... läuft frei und sicher		
... holt sich eigenständig Dinge zum Spielen		
... beschäftigt sich selbstständig mit Alltagsdingen / Spielsachen		
... hüpf, springt, läuft, klettert gerne		
... kann kleine Dinge mit zwei Fingern anfassen		
... kann allein Treppen steigen		
... kann Bobbycar, Dreirad, Roller etc. fahren		
... kann allein Kleidungsstücke an- / ausziehen		
... kann allein Schuhe anziehen		
Kognitive Entwicklung		
Zeigt Ihr Kind Interesse an Spielsachen?		
Beobachtet es viel und zeigt Interesse daran, was andere tun?		
Untersucht es, wie Gegenstände funktionieren?		

SPRACHE

Welche Sprache sprechen Sie, die Mutter, normalerweise mit Ihrem Kind?

- | | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|
| 0 | Deutsch | 0 | Meine Muttersprache / Welche? _____ |
| 0 | Hochdeutsch | 0 | Die Muttersprache des Partners |
| 0 | Dialekt | 0 | Mal so, mal so |
| 0 | dialektgefärbte Umgangssprache, d.h. teils Dialekt, teils Hochdeutsch | | |

Welche Sprache sprechen Sie, der Vater, normalerweise mit Ihrem Kind?

- | | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|
| 0 | Deutsch | 0 | Meine Muttersprache / Welche? _____ |
| 0 | Hochdeutsch | 0 | Die Muttersprache des Partners |
| 0 | Dialekt | 0 | Mal so, mal so |
| 0 | dialektgefärbte Umgangssprache, d.h. teils Dialekt, teils Hochdeutsch | | |

Welche Sprache sprechen die Geschwister normalerweise mit Ihrem Kind?

- | | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|
| 0 | Deutsch | 0 | Meine Muttersprache / Welche? _____ |
| 0 | Hochdeutsch | 0 | Die Muttersprache des Partners |
| 0 | Dialekt | 0 | Mal so, mal so |
| 0 | dialektgefärbte Umgangssprache, d.h. teils Dialekt, teils Hochdeutsch | | |

Haben Sie und Ihr Kind soziale Kontakte außerhalb der Familie?

- | | | | |
|---|-----------------|---|-------------|
| 0 | Berufstätigkeit | 0 | Gruppen |
| 0 | Nachbarschaft | 0 | Vereine |
| 0 | Freunde | 0 | oder andere |

Spricht ihr Kind (je nach Alter)

- Sehr langsam und leise
- Sehr schnell und überhastet
- Ist kaum zu verstehen

Gibt es spezielle Familienwörter z.B. DuDu für Schnuller

Verfügbare Dolmetscher:

Name _____ Vorname _____

Tel.-Nr.: _____

Sprachfähigkeit des Kindes nach Einschätzung der Eltern

Zutreffendes bitte ankreuzen

Das Kind

	Ja	Nein
Reagiert auf Geräusche		
Reagiert auf Ansprache		
Lallt, kräht, quietscht, summt etc.		
Produziert doppelte Silben z.B. lala, baba		
Schaut auf benannte Gegenstände		
Zeigt auf Gegenstände und benutzt sinngemäße Laute		
Spricht in Einwortsätzen		
Spricht in Zweiwortsätzen		
Versucht zu singen		

	Ja	Nein
Erzählt freudig und viel		
Kann die wichtigsten Alltagsgegenstände / Situationen benennen		
Spricht mehrere Wörter in einem Satz		

Spricht mit bei

Liedern Reimen Fingerspielen Sitzkreisspielen

Macht Bewegungen mit bei

Liedern Reimen Fingerspielen Sitzkreisspielen

Macht durch Mimik und Gestik mit bei

Liedern Reimen Fingerspielen Sitzkreisspielen

Beobachtet genau bei

Liedern Reimen Fingerspielen Sitzkreisspielen

	Ja	Nein
Antwortet sinngemäß auf Fragen		
Erfüllt kleine Aufträge dem Sinn gemäß		
Nimmt eigenständig Kontakt auf		
Zu vertrauten Personen		
Zu anderen Kindern		
Zu wenig vertrauten Erwachsenen		