

	Kind
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)	
Kindergartenbesuch (Aufnahmedatum)	
Kinder-/ Hausarzt	
Weitere Fachärzte	
Krankenkasse	

	Vater	Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Beruf		
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)	siehe Kind <input type="checkbox"/>	siehe Kind <input type="checkbox"/>
Telefon		
Erziehungsberechtigung:	<input type="checkbox"/> beide Eltern <input type="checkbox"/> nur Mutter <input type="checkbox"/> nur Vater	

Geschwister (Geburtsjahr)	1.	2.	3.
4.	5.	6.	7.

Schwangerschaft, Geburt, frühkindliche Entwicklung

Probleme während der Schwangerschaft/Geburt		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche):	Geburtsgewicht:g
Freies Laufen	mitMon.	Besonderheiten der Säuglings- u. Kleinkinderzeit: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche) :	
Erste Worte	mitMon.		
Erste Sätze	mitMon.		
Tagsüber ohne Windeln	mitJahren		
Nachts ohne Windeln	mitJahren		

Überstandene Erkrankungen / Unfälle (Zutreffendes ankreuzen bzw. beschreiben)

Windpocken Schwere Infektionskrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung):
 Andere schwere Erkrankungen: / Unfälle / Krankenhausaufenthalte, Operationen:

Oft in **ärztlicher Behandlung** wegen:

Regelmäßige **Medikamenteneinnahme** (Präparat und Dosierung):

Sehstörung <input type="checkbox"/> ja	Brille seit:	Schielbehandlung, Sehschule seit:	Bewegungsunterstützende Hilfsmittel <input type="checkbox"/> ja Welche:
Hörstörung <input type="checkbox"/> ja	Hörhilfen:		

Fachärztliche Untersuchungen

Neuropädiatrie / SPZ Kassel (Göttingen)	<input type="checkbox"/> ja	wann:
Kinderpsychiater / Kinderpsychologe	<input type="checkbox"/> ja	wann:
Pädaudiologie	<input type="checkbox"/> ja	wann:
Weitere Fachärzte / Kliniken (Name):	<input type="checkbox"/> ja	wann:

Wer bemerkte erstmals **Auffälligkeiten / Beeinträchtigungen** bei Ihrem Kind?

Wer hat die Integrationsmaßnahme empfohlen?

Warum braucht ihr Kind **vermehrte pädagogische Betreuung** im Kindergarten?

Ziel der Integrationsmaßnahme / angestrebte Entwicklungsfortschritte:

Entwicklungsfördernde Maßnahmen:

Sprachtherapie	<input type="checkbox"/> ja	seit	bei:
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> ja	seit	bei::
Frühförderung	<input type="checkbox"/> ja	seit	bei:
Psychomotorik	<input type="checkbox"/> ja	seit	bei:
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> ja	seit	bei:
Psychotherapie	<input type="checkbox"/> ja	seit	bei:
Familienentlastender Dienst (Gruppe / Einzelbetreuung)	<input type="checkbox"/> ja	seit	bei: Wochenstunden:
Sozialpädagogische Erziehungshilfe (Jugendamt)	<input type="checkbox"/> ja	seit	Betreuer/in:
Andere Fördermaßnahmen / Therapien (welche?):	<input type="checkbox"/> ja	seit	bei:

Entwicklung und Besonderheiten (Bitte kreuzen Sie alles an, was bei Ihrem Kind zutrifft)

Schlafen:

schläft durch wacht auf (wie oft?)..... hat nachts Angst schläft spät ein (wann?) schläft tagsüber

Essen und Trinken:

selbstständig mit kleinen Hilfen Füttern erforderlich folgende Schwierigkeiten beim Essen:

Sauberkeitsentwicklung:

zuverlässig sauber muss zum Toilettengang Bettnässen
 gelegentl. Einnässen aufgefordert werden Einkoten

benötigt Windeln: immer gelegentlich nachts

Bewegungsabläufe:

Bewegungsfreude:	<input type="checkbox"/> ausgeprägt	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> eher gering (sitzt viel)	
Körperkontrolle:	<input type="checkbox"/> gutes Gleichgewicht	<input type="checkbox"/> fällt oft hin	<input type="checkbox"/> stößt sich oft	<input type="checkbox"/> stößt häufig Sachen um
Laufen:	<input type="checkbox"/> kann schnell rennen	<input type="checkbox"/> läuft langsam	<input type="checkbox"/> geht unsicher	<input type="checkbox"/> kann nicht gehen / stehen
Fahren:	<input type="checkbox"/> Fahrrad ohne Stützräder	<input type="checkbox"/> Fahrrad m. Stützrädern	<input type="checkbox"/> Roller / Dreirad	<input type="checkbox"/> Bobby -Car
Spielen:	<input type="checkbox"/> schaukelt alleine	<input type="checkbox"/> balanciert auf Balken	<input type="checkbox"/> mag Ballspiele	<input type="checkbox"/> Sandkasten
	<input type="checkbox"/> rutscht gerne	<input type="checkbox"/> sonstiges		
Handgeschicklichkeit:	<input type="checkbox"/> kann Schleifen binden	<input type="checkbox"/> kann Knöpfe aufknöpfen	<input type="checkbox"/> malt gerne	<input type="checkbox"/> kann schneiden

Ihre Beobachtungen:

Sprache:

Aussprache:	<input type="checkbox"/> verständlich	<input type="checkbox"/> manchmal undeutlich	<input type="checkbox"/> schwer verständlich	<input type="checkbox"/> spricht nicht
Satzbau:	<input type="checkbox"/> korrekt	<input type="checkbox"/> selten Fehler	<input type="checkbox"/> viele Fehler	<input type="checkbox"/> nur einzelne Wörter
Mitteilungen:	<input type="checkbox"/> detailliert und klar	<input type="checkbox"/> meist zusammenhängend	<input type="checkbox"/> bruchstückweise	<input type="checkbox"/> berichtet wenig / nichts

Ihre Beobachtungen:

Psychosoziale Entwicklung:

<input type="checkbox"/> besucht Freunde	<input type="checkbox"/> Spielkontakte in der Nachbarschaft	<input type="checkbox"/> spielt am liebsten mit Erwachsenen / Älteren	<input type="checkbox"/> wenig Spielkontakte	<input type="checkbox"/> hat Angst vor neuen Situationen
<input type="checkbox"/> hält sich an Spielregeln	<input type="checkbox"/> bricht oft Spiele ab	<input type="checkbox"/> spielt nicht	<input type="checkbox"/> zerstört absichtlich Dinge	
<input type="checkbox"/> teilt mit anderen	<input type="checkbox"/> will meist bestimmen	<input type="checkbox"/> streitet sich häufig	<input type="checkbox"/> schlägt / kratzt / beißt	<input type="checkbox"/> Wutanfälle
<input type="checkbox"/> ausdauernd	<input type="checkbox"/> sprunghaft	<input type="checkbox"/> ablenkbar	<input type="checkbox"/> unruhig	<input type="checkbox"/> läuft weg

Ihre Beobachtungen:

Lieblingsspiel bzw. Lieblingsbeschäftigung:

Interessen, Fähigkeiten und Stärken:

Sonstiges:

Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Einstufung
Pflegegeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Stufe <input type="text"/>

Ausgefüllt am: von:
(Unterschrift)