

„Elternfragebogen“

An den
Landkreis Aurich
Sozialamt
Fräuleinshof 3
26506 Norden

Persönliche Daten des Kindes

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Sorgeberechtigte Person: Eltern Mutter Vater _____

Berufliche Tätigkeit: Mutter: _____ Vollzeit Teilzeit

Vater: _____ Vollzeit Teilzeit

Nationalität: Mutter: _____ Vater: _____

Familiensprache: _____

Erhält Ihr Kind zurzeit besondere Therapien, Förderangebote oder Hilfen?

Krankengymnastik: von _____ bis _____ bei _____

Ergotherapie: von _____ bis _____ bei _____

Sprachtherapie: von _____ bis _____ bei _____

Andere Hilfen: Familienhilfe
 Erziehungshilfe
 Tagesmutter
 Psychotherapie
 Frühförderung



Nehmen Sie sonstige Betreuungs- oder fördernde Angebote (z.B. Sport- oder Spielgruppen, etc.) wahr?

Welche behandelnden Ärzte suchen Sie auf?

- Augenarzt: _____ (Name, Ort)
- Hals-Nasen-Ohren-Arzt: _____ (Name, Ort)
- Orthopäde: _____ (Name, Ort)
- Sozialpädiatrisches Zentrum: _____ (Ort)
- Pädaudiologe: _____ (Name, Ort)
- Psychiater, Psychologe: _____ (Name, Ort)
- Kinderarzt: _____ (Name, Ort)
- Allgemeinmediziner/Hausarzt: _____ (Name, Ort)
- Andere: _____

Liegen aktuelle Berichte oder Dokumentationen aus Therapien, Förderangeboten oder Arztbesuchen (Sozialpädiatrisches Zentrum) vor?

- Nein Ja (Welche?) _____

Erhält Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

- Nein Ja (Wie oft? Welche?) _____

Nutzt Ihr Kind irgendwelche Hilfsmittel?

- Sehen (z.B. Brille, Lupe) _____
- Hören (z.B. Hörgerät) _____
- Gehen (z.B. Orthese, Rollstuhl) _____
- Sprache (z.B. Talker) _____
- Sonstiges _____

Hat Ihr Kind Krankheiten, die derzeit eine regelmäßige ärztliche Behandlung erfordern?

- Nein Ja (Welche?) _____

Hat Ihr Kind körperliche Einschränkungen?

- Nein Ja (Welche?) _____

Sind bei Ihrem Kind in nächster Zeit Operationen geplant?

- Nein Ja (Welche?) _____

Bekommt Ihr Kind sozialrechtliche Hilfen?

- Nein Ja Pflegegeld, Stufe _____
- Behindertenausweis, GdB _____
- Andere: _____

Wer hat Ihnen zu diesem Antrag geraten? Z.B. Kinder-
arzt, Kindergarten, Therapeuten, Nachbarn

Konnte Ihr Kind seine Selbständigkeit innerhalb des Kindergartens bereits erweitern? Wenn ja, in
welchen Bereichen?

Ist Ihr Kind gut integriert, hat es Freunde im Kindergarten und privaten Bereich?

Was macht Ihr Kind in der Freizeit? Mit wem spielt es?

Gibt es Zuhause Schwierigkeiten im Umgang mit Ihrem Kind?

Welches realistische Ziel kann nach Ihrer Meinung mit der Betreuung als Integrationskind erreicht
werden?

Wie könnte die weitere Förderung und Hilfestellung für Sie und Ihr Kind aussehen?

Datum

Unterschrift

