



Elternfragebogen

Integrationshilfe in der Schule / Kita

Datum:

Liebe Eltern,

für die Prüfung, ob wir eine Integrationshilfe für Ihr Kind bewilligen können, ist es wichtig, einen möglichst umfangreichen Eindruck bzgl. der Lebenssituation Ihres Kindes zu erhalten. Bitte beantworten Sie die Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen nicht alle Informationen vorliegen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen danach aus, wie Sie das Verhalten Ihres Kindes einschätzen, auch wenn andere Personen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Angaben zu Kind und Eltern	
Name, Vorname des Kindes und Wohnanschrift	Geburtsdatum
InhaberIn der Personensorge <input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Sonstige:	
Name, Vorname des Vaters	Name, Vorname der Mutter
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort	PLZ, Wohnort
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Schulabschluss	Schulabschluss
Erlerner Beruf	Erlerner Beruf
Derzeitige Tätigkeit	Derzeitige Tätigkeit
Arbeitszeiten	Arbeitszeiten
Familienstand der Personensorgeberechtigten: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet	



Im Haushalt lebende Geschwister (ggf. auf Rückseite od. Beiblatt fortführen)				
Name	Geburtsdatum	Derzeitige Kita / Schule	Leiblich(L), Stiefkind(S), Halbgeschwister (H), Pflegekind (P)	Lebt im gemeinsamen Haushalt?

Eltern ausländischer Herkunft / Aussiedlerfamilien

Herkunftsland Mutter: Herkunftsland Vater:

Seit wann lebt die Familie die Mutter der Vater in Deutschland?

Verfügen die Mutter / der Vater über deutsche Sprachkenntnisse?

keine mittelmäßige

geringe gute

Hatte das Kind bei der Einschulung / Eingewöhnung in die Kita deutsche Sprachkenntnisse?

keine mittelmäßige

geringe gute

Hat das Kind Sprachförderung/Sprachförderunterricht erhalten?

Nein Ja, von bis.....

Wird innerhalb der Familie Deutsch gesprochen?

gar nicht eher wenig

kaum überwiegend



Wohnsituation

Hat das Kind ein eigenes Zimmer? Ja Nein

Das Kind teilt sich ein Zimmer mit

Welche Personen leben außer den Eltern/Kindern noch mit im Haushalt?

Erziehung

Das Kind wurde bisher vorwiegend erzogen

- von der Mutter von dem Vater
- von den Eltern gemeinsam von den Großeltern
- von.....

Besteht zwischen den Eltern hinsichtlich der Erziehung Einigkeit?

- Ja häufig uneinig, weil
-

Bestehen bestimmte Probleme oder Schwierigkeiten zwischen dem Kind und den Eltern/einem Elternteil?

- Nein Ja, welche?
-

Wie ist die Beziehung des Kindes zu seinen Geschwistern?

- überwiegend gut häufig Streit, wegen.....
-

Erkrankungen Eltern/Geschwister

Schwere Erkrankung der Mutter:

Krankenhausaufenthalte Mutter, Zeitraum von / bis

Schwere Erkrankung des Vaters:

Krankenhausaufenthalte Vater, Zeitraum von / bis

Schwere Erkrankung der Geschwister:

Krankenhausaufenthalte Geschwister, Zeitraum von / bis



Entwicklung des Kindes

Schwangerschaft

normal

Komplikationen/belastende Bedingungen:

.....

Geburt

normal

Kaiserschnitt, Zangen-, Saugglockengeburt

Geburtsgewicht unter 2500 Gramm

Mehrlingsgeburt

Frühgeburt (vor 37.Woche)

Geburtsgewicht über 4500 Gramm

Ernährung/Verhalten (1. Lebensjahr) - Mehrfachantworten möglich

wurde nicht gestillt

wurde gestillt (Wochen/Monate)

häufiges Schreien / erhöhte Unruhe

besonders ruhig / bewegungsarm

ruhiges / zufriedenes Kind

besonders reizüberempfindlich

Krämpfe

Schlafstörungen (Aufschrecken, geringes Schlafbedürfnis)

Motorische Entwicklung

Krabbeln mitMonaten

Laufen mitMonaten

nicht gekrabbelt

motorische Entwicklung verzögert

Das Kind hat Krankengymnastik, Frühförderung, Ergotherapie erhalten (Alter, Behandlungsdauer)

.....

.....

Das Kind ist (aktuell)

in seinen Bewegungen unruhig

kann nur schwer auf seinem Platz sitzen bleiben

ist in seinen Bewegungen langsam und schwerfällig

stolpert häufig beim Gehen und Laufen

verhält sich oft ungeschickt, z.B.

Sprachliche Entwicklung

Das Kind

sprach lange wenige gleiche Wörter

hat einen geringen Wortschatz

sprach sehr undeutlich

spricht undeutlich

sprach kaum oder gar nicht

spricht kurze, unvollständige/falsch geordnete Sätze

sprach sehr langsam

spricht überstürzt, verschluckt, verstellt Laute

konnte einfache Sätze nicht bilden

spricht langsam/stotternd/stockend

sprach sehr viel

spricht oft leise und unsicher



Andere Auffälligkeiten:

.....
.....

Sprachtherapie

Nein Ja vonbis
Therapeut/in:

Erkrankungen des Kindes

Sind bei Ihrem Kind Erkrankungen festgestellt worden? Liegen bereits bestimmte Diagnosen vor?
Welche?

.....
.....
.....

Ist der Gesundheitsschaden durch ein entschädigungspflichtiges Ereignis (Unfall, Fremdverschulden, Impfschaden, Straftat oder ärztliche Behandlungsfehler) entstanden?

ja nein

Bestehen Ansprüche nach dem Opferentschädigungsgesetz? ja nein

Welche Erkrankungen hatte das Kind (zudem)?

- häufige Erkältungen Asthma / Neurodermitis
- Hals- oder Rachenerkrankungen Allergien
- Ohrenerkrankungen Anfallsleiden
- Augenerkrankungen Hirnhautentzündung
- Kinderkrankheiten andere, welche?

.....
.....

Unfälle/Stürze Alter..... Beschreibung

Krankenhausaufenthalt Alter..... Beschreibung

Grund

Krankenhausaufenthalt Alter..... Beschreibung

Grund



Werden bestimmte Krankheitssymptome / Auffälligkeiten häufig beobachtet?

- Kopfschmerzen
- Übelkeit / Erbrechen / Durchfall
- Bauchschmerzen
- gestörtes Essverhalten
- Krämpfe
- Schlafstörungen
- Einnässen/Einkoten
- Tics (z.B. Augenzwinkern, Mundzucken, Bewegungen)
- andere, welche?

In welchem Zusammenhang/in welchen Situationen werden die Symptome/Auffälligkeiten beobachtet?

Wie oft ist das Kind im Jahr krank? 0 bis 3 Mal 4 bis 5 Mal 6 Mal u. mehr

Regelmäßige Medikamenteneinnahme? ja, welche?

Welche Behandlungen/Therapiemaßnahmen wurden bisher empfohlen und durchgeführt?

von wem? welche? durchgeführt von bis

von wem? welche? durchgeführt von bis

von wem? welche? durchgeführt von bis

Besondere Ereignisse

- Tod der Mutter / Großmutter Alter des Kindes:
- Tod des Vaters / Großvaters Alter des Kindes:
- Tod eines Geschwisterteils Alter des Kindes:
- Trennung der Eltern Alter des Kindes:
- Trennung von Geschwistern Alter des Kindes:
- Stiefkind/Pflegekind/Adoptivkind
- Schwere Erkrankung Mutter Vater Geschwister Alter des Kindes:
- Großmutter Großvater Alter des Kindes:
- Aufenthalt im Heim von bis
- Aufenthalt in Pflegefamilie von bis
- Wohnortwechsel von nach Alter des Kindes:
- von nach Alter des Kindes:



andere, welche?

.....
.....

Kindergarten

Kinderkrippe und Regelkindergarten von/seit bis
Sprachheilkindergarten von/seit bis
Heilpädagogischer / integrativer Kindergarten von/seit bis

Ging / geht das Kind gerne in den Kindergarten?

im Allgemeinen ja nein, weil

Wie verhält / verhielt sich das Kind im Kindergarten?

unauffällig auffällig, weil
 besuchte keinen Kindergarten, weil

Schule (nur bei Schulkind auszufüllen)

Schulverlauf Vorschule von/seit bis
 altersgemäße Einschulung ja nein
 vorzeitige Einschulung ja , wann und warum?
 Rückstellung wann und warum?
 Sprachheilklasse von/seit bis
 andere Beschulung, welche?
 Wiederholung der Klasse Elternwunsch Anraten Schule
 Schulwechsel wann? warum?
 zeitweise kein Schulbesuch, weil

Geht das Kind gerne in die Schule?

im Allgemeinen ja nein hat große Angst vor der Schule

Geht das Kind regelmäßig in die Schule?

ja fehlt oft, weil
 kommt häufig zu spät schwänzt

Mag das Kind seine Klassenlehrerin/ seinen Klassenlehrer?

ja nein, weil



Fühlt sich das Kind im Klassenverband wohl?

ja nein, weil

Hat das Kind in der Klasse Freunde/Freundinnen?

ja nein, weil

Ist das Verhältnis des Kindes zu seinen oder einigen Mitschülern/Mitschülerinnen gestört?

nein ja, weil

Ist das Verhältnis des Kindes zu einem oder mehreren Lehrern gestört?

nein ja, weil

Ist das Kind nach Ihrer Einschätzung in die Klassengemeinschaft integriert?

ja nein, weil

Werden von Seiten der Schule bestimmte Verhaltensweisen des Kindes als auffällig beurteilt?

nein ja, welche?

.....
.....
.....

Letztes Gespräch mit der Klassenlehrerin/ dem Klassenlehrer:

Bekommt das Kind Nachhilfe?

nein ja durch häusliches Üben ja durch einen Anbieter
 ja durch Förderunterricht in der Schule seit Häufigkeit/Woche?

Bekommt das Kind einen Nachteilsausgleich in der Schule (z.B. gesonderte, individuelle Aufgaben, Aussetzen der Note, stärkere Gewichtung mündlicher Leistungen, Ausweitung der Arbeitszeit bei Lernkontrollen – entsprechendes bitte unterstreichen)? ja nein

sonstiges:

Besteht bei dem Kind ein sonderpädagogischer Förderbedarf?

nein ja, welcher?

Wieviel Zeit benötigt das Kind für die Hausaufgaben? Ca. Stunden



Wie erledigt das Kind seine schulischen Aufgaben?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> fängt von selbst an | <input type="checkbox"/> muss erinnert und aufgefordert werden |
| <input type="checkbox"/> erledigt die Aufgaben selbstständig | <input type="checkbox"/> weigert sich oft, die Aufgaben zu machen |
| <input type="checkbox"/> erledigt die Aufgaben zügig | <input type="checkbox"/> arbeitet langsam |
| <input type="checkbox"/> arbeitet sorgfältig | <input type="checkbox"/> arbeitet nicht sorgfältig / wenig motiviert |
| <input type="checkbox"/> arbeitet konzentriert | <input type="checkbox"/> arbeitet sehr unkonzentriert |
| <input type="checkbox"/> braucht kaum Hilfe | <input type="checkbox"/> braucht häufig Hilfe |
| <input type="checkbox"/> weint oft bei den Aufgaben | <input type="checkbox"/> verhält sich oft aggressiv |
| <input type="checkbox"/> häufige Auseinandersetzungen | <input type="checkbox"/> anderes, wie: |

Werden die Hausaufgaben kontrolliert?

- nein gelegentlich regelmäßig durch

Freizeitgestaltung und Kontakte zu Gleichaltrigen:

Das Kind verbringt seine Freizeit außerhalb des Elternhauses

- selten gelegentlich häufig meistens

Das Kind ist lieber

- für sich allein zusammen mit jüngeren Kindern
 zusammen mit Gleichaltrigen zusammen mit älteren Kindern

Hat das Kind Freundinnen/Freunde?

- nein ja, wie viele (ca.)?
- eine besondere Freundin/einen besonderen Freund schnell wechselnde Freundschaften

Wie verhält sich das Kind im Umgang mit anderen Kindern?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> geht auf andere Kinder zu | <input type="checkbox"/> verhält sich oft rücksichtslos ggü. anderen |
| <input type="checkbox"/> wird schnell einbezogen/ist beliebt | <input type="checkbox"/> kann Konflikte gut/angemessen lösen |
| <input type="checkbox"/> kann gut mit anderen zusammen spielen | <input type="checkbox"/> neigt schnell zu Wutausbrüchen/Zorn |
| <input type="checkbox"/> will meistens im Mittelpunkt stehen | <input type="checkbox"/> hält sich nicht an Regeln/Abmachungen |
| <input type="checkbox"/> bringt oft Ideen/Spielvorschläge ein | <input type="checkbox"/> gibt schnell nach/zieht sich bei Streit zurück |
| <input type="checkbox"/> wird kaum beachtet/Außenseiter/in | <input type="checkbox"/> geht auf Vorschläge/Interessen anderer ein |
| <input type="checkbox"/> will meistens bestimmen/Anführer/in sein | <input type="checkbox"/> schimpft und schlägt schnell |
| <input type="checkbox"/> stört/ärgert andere Kinder oft | <input type="checkbox"/> anders, wie? |



Hat das Kind besondere Interessen/Fähigkeiten?

- nein ja, welche?

Ist das Kind in einem Verein/einer Jugendgruppe?

- nein zurzeit nicht, war schon mal
 ja: seit:

Hat das Kind an Ferienfreizeiten teilgenommen?

- nein ja, welche?

Verhalten des Kindes

Welche Verhaltensweisen beobachten Sie oft? Ist das Kind häufig

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> schnell wechselnde Stimmungen |
| <input type="checkbox"/> unbeherrscht/impulsiv | <input type="checkbox"/> Vermeiden von Blickkontakt/häufiges Erröten |
| <input type="checkbox"/> starke Nervosität/Anspannung..... | <input type="checkbox"/> selbstsicher/selbstbewusst |
| <input type="checkbox"/> kontaktfreudig/offen | <input type="checkbox"/> Lebensunlust/äußert Selbstmordgedanken |
| <input type="checkbox"/> hilfsbereit | <input type="checkbox"/> bedrückte/depressive Stimmung |
| <input type="checkbox"/> überempfindlich/sehr empfindsam | <input type="checkbox"/> selbstständig/verantwortungsbewusst |
| <input type="checkbox"/> freundlich/lieb | <input type="checkbox"/> lebensfroh/fröhlich |
| <input type="checkbox"/> häufig aggressiv | <input type="checkbox"/> verbale/körperliche Aggression/Gewalttätigkeit |
| <input type="checkbox"/> Zerstörungswut | <input type="checkbox"/> starke Anpassungsschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> aktiv/kreativ | <input type="checkbox"/> große Angst vor/bei |
| <input type="checkbox"/> anpassungsfähig | <input type="checkbox"/> Lügen |
| <input type="checkbox"/> Kontaktscheue/Einzelgängertum | <input type="checkbox"/> einsichtig/umgänglich |
| <input type="checkbox"/> Stehlen | <input type="checkbox"/> sexuelle Auffälligkeiten |
| <input type="checkbox"/> andere, welche? | |

Seit wann beobachten Sie das Verhalten?

In welchen Situationen beobachten Sie auffälliges Verhalten besonders oft?

.....
.....



Einschätzung der Eltern

Welche schulischen/Kita Schwierigkeiten bestehen aus Ihrer Sicht bei dem Kind vorrangig?

.....
.....

Wie erklären Sie sich diese Schwierigkeiten des Kindes?

.....
.....

Auf welche Weise haben Sie bisher versucht, dem Kind zu helfen?

.....
.....

Welche Versuche waren hilfreich? Welche Verbesserungen/Veränderungen konnten erreicht werden?

.....
.....

Welche Veränderungen/Ziele soll das Kind erreichen (aus Ihrer Sicht)?

.....
.....

Was glauben Sie, wie Sie dem Kind helfen können, um diese Veränderungen/Ziele zu erreichen?

.....
.....

Wurden/werden bereits Hilfemaßnahmen des Jugendamtes oder seitens eines anderen Trägers durchgeführt? Falls ja, welche?

.....
.....

Sonstige Anmerkungen:

.....
.....
.....
.....



Der Fragebogen wurde ausgefüllt von

Mutter Vater beiden Eltern sonstige:

Unterschrift

Unterschrift