

Name, Vorname Bezugsperson _____

Geburtsdatum _____

Angaben zum Kind

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Geschlecht ☐ m ☐ w

1. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?
2. Hat Ihr Kind Allergien oder Unverträglichkeiten? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?
3. Hatte Ihr Kind stationäre Krankenhaus-Aufenthalte in den letzten 24 Monaten? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wann und warum:
4. Wird Ihr Kind täglich außerhalb betreut (KITA, Tagesmutter)? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, seit wann?
5. Hat Ihr Kind eine Entwicklungsverzögerung? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, bitte benennen Sie diese:
6. Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, bitte benennen Sie diese:
7. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente/Notfallmedikamente? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, bitte benennen Sie diese:
8. Hat Ihr Kind eine Behinderung? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, bitte benennen Sie diese:
9. Hat Ihr Kind einen Pflegegrad? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, bitte benennen Sie diesen:
10. Hat Ihr Kind eine Integrationskraft? ☐ ja ☐ nein
.....
11. Hat Ihr Kind wesentliche Einschränkungen, die den Gruppenalltag beeinflussen? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche:

☐ körperliche/ motorische Einschränkungen	☐ Sprachschwierigkeiten
☐ Hörbehinderung ☐ Sehbehinderung	(Stottern, Artikulationsstörung, spricht/ versteht <u>kein</u> Deutsch, sonstiges) Bitte benennen Sie dies:
☐ sonstiges	
12. Trifft Folgendes auf Ihr Kind zu? ☐ ja ☐ nein
wenn ja:

☐ ADHS/ ADS (attestiert)	☐ Tod (Angehörige, Freunde, Haustier)
☐ Asperger/ Autismusspektrumstörung	☐ kürzliche Veränderung des gewohnten Umfeldes
☐ Hundehaarallergie ☐ Hundeangst	(Trennung, Umzug, KiTa-/ Schulwechsel, Sonstiges)
☐ Weglauftendenz ☐ Tics	Bitte benennen Sie dies:
☐ massive Geschwisterrivalität	
	Sonstiges:
13. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten im Sozialverhalten/ im Umgang mit anderen Kindern? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche:

☐ grenzüberschreitendes Verhalten	☐ in sich gekehrt ☐ ängstlich
☐ verbal übergriffig ☐ körperlich übergriffig	☐ sonstiges