

Informationsbogen
zur Feststellung des Förderbedarfs

JOSEPH-VON-EICHENDORFF-SCHULE
SONDERPÄDAGOGISCHES FÖRDERZENTRUM WALDKRAIBURG
DIESELSTR. 4 - 84478 WALDKRAIBURG - TELEFON 08638-96770



Name des Kindes:

Familiename	Vorname	Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	Bekenntnis/Religionszugehörigkeit	Geburtsort	Geburtsland

Eltern:

Vater Name und Vorname	Beruf	wird ausgeübt <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Mutter Name und Vorname	Beruf	wird ausgeübt <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Adresse: Straße:		
Wohnort:		
Telefonnummer Mobilfunknummer		
Emailadresse		
<input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> getrennt lebend seit <input type="radio"/> Patchworkfamilie <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> Pflegefamilie		
Wer ist erziehungsberechtigt?		
Falls Zuzug in die BRD:	Datum: Herkunftsland:	Art (Aussiedler, Auswanderer, Asylbewerber) Verkehrssprache in der Familie

Geschwister (Vorname, Geburtsjahr)	
Welche Familienmitglieder oder andere Personen leben mit dem Kind im gleichen Haushalt?	
Gibt es noch weitere Bezugspersonen?	
Welche Sprache sprechen Sie mit Ihrem Kind? (Mutter, Vater, andere)	
Bisher besuchte Einrichtungen (Krippe, Spielgruppe)	
Kindergartenbesuch	<input type="radio"/> seit wann: <input type="radio"/> welcher Kindergarten: <input type="radio"/> Verlauf (gerne, regelmäßig):

Informationsbogen
zur Feststellung des Förderbedarfs

JOSEPH-VON-EICHENDORFF-SCHULE
SONDERPÄDAGOGISCHES FÖRDERZENTRUM WALDKRAIBURG
DIESELSTR. 4 - 84478 WALDKRAIBURG - TELEFON 08638-96770



	ja	nein
Wurde Ihnen unsere Einrichtung empfohlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, durch wen?		
Hatte Ihr Kind bereits Therapien / Fördermaßnahmen ?		
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heilpädagogik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobile Hilfe (MSH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühförderstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisherige Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Letzte Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialpädiatrisches Zentrum Altötting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heckscher Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es bereits Gutachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, wenn möglich bitte in Kopie zu diesem Fragebogen beilegen.		
Krankheiten und Beeinträchtigung	ja	nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spasmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informationsbogen
zur Feststellung des Förderbedarfs



Angaben zur Entwicklung Ihres Kindes

Schwangerschaft	ja	nein	
Komplikationen in der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche?			
Medikamente in der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychische Belastungen in der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche?			
Geburt			
Die Geburt war	<input type="checkbox"/> zu früh	<input type="checkbox"/> zeitgerecht	<input type="checkbox"/> zu spät
Geburtsgewicht	<input type="checkbox"/> unter 2500g		<input type="checkbox"/> über 2500g
Besonderheiten/ Komplikationen			
Entwicklung Kleinkind			
Krabbeln	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Freies Laufen	<input type="checkbox"/> vor dem 9. Monat	<input type="checkbox"/> 0.-15. Monat	<input type="checkbox"/> nach dem 16. Monat
Sauberkeitserziehung			
tagsüber	<input type="checkbox"/> vor dem 3. Lebensjahr	<input type="checkbox"/> nach dem 3. Lebensjahr	<input type="checkbox"/> noch nicht
nachts	<input type="checkbox"/> vor dem 3. Lebensjahr	<input type="checkbox"/> nach dem 3. Lebensjahr	<input type="checkbox"/> noch nicht
Sprechen von vier Wörtern	<input type="checkbox"/> vor dem 12. Monat	<input type="checkbox"/> 12. – 17. Monat	<input type="checkbox"/> nach dem 18. Monat

Informationsbogen
zur Feststellung des Förderbedarfs



Motorik	ja	nein
Mein Kind wirft und fängt einen Ball sicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind stolpert häufig oder fällt häufig hin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind balanciert sicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind stößt im Zimmer häufig etwas um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind setzt häufig mehr Kraft ein als erforderlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind beteiligt sich an gemeinsamen Spielen in der Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind schaukelt gern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind klettert auf erhöhte Gegenstände (z.B. Klettergerüst auf dem Spielplatz).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind fährt sicher Kettcar oder Roller.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind fährt sicher Fahrrad ohne Stützräder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind bewegt sich sicher in unebenem Gelände. (Wald)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind benutzt die Treppe sicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Feinmotorik	ja	nein
Mein Kind schneidet mit der Schere sicher verschiedene Formen (Kreis, Viereck, Stern) aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hält den Stift richtig zwischen Daumen und Zeigefinger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hält beim Ausmalen Grenzen ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informationsbogen**zur Feststellung des Förderbedarfs**

Wahrnehmung	ja	nein
Mein Kind mag Körperkontakt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind lässt sich von mir in den Arm nehmen.(z.B. trösten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind zeigt angemessenes Schmerzempfinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind bemerkt, wenn sein Mund beschmiert ist oder die Nase läuft. Es wischt sich ab oder putzt sich die Nase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind baut z.B. mit Legosteinen nach Vorlage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind puzzelt gern und schafft Puzzles mit 30 – 40 Teilen ohne Hilfe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meinem Kind passieren häufig Missgeschicke, Unfälle oder Stürze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind benennt die Farben richtig. (rot, gelb, blau, grün, orange)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind erkennt die Mengen auf einem Würfel ohne Abzählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sprache	ja	nein
Mein Kind bildet alle Laute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Deutsch richtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in (Muttersprache) richtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn nein, welche Laute fehlen oder werden ersetzt?		
Mein Kind bildet ganze Sätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Deutsch richtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in (Muttersprache) richtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind behält drei Aufträge im Kopf und führt diese nacheinander aus (z.B.: „Gehe in die Küche, hol dir einen Becher und stell ihn auf den Tisch.“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informationsbogen

zur Feststellung des Förderbedarfs

JOSEPH-VON-EICHENDORFF-SCHULE
SONDERPÄDAGOGISCHES FÖRDERZENTRUM WALDKRAIBURG
DIESELSTR. 4 - 84478 WALDKRAIBURG - TELEFON 08638-96770



Sozialverhalten	ja	nein
Mein Kind spielt ausdauernd mit Bausteinen, Legosteinen, Puppen oder ähnlichem Spielmaterial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind spielt		
lieber allein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Jüngeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Älteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind spielt Brettspiele oder Tischspiele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind bleibt bei Brettspielen bis zum Ende dabei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind kann dabei verlieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hält sich an Spielregeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind verhält sich in Konfliktsituationen		
schüchtern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durchsetzungsfähig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kompromissfähig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aggressiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind wartet ab, wenn ich z.B. telefoniere oder mich unterhalte, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind gerät im Spiel mit anderen Kindern häufig in Streitigkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind trennt sich nur schwer von Bezugspersonen (KiTa, Turngruppe, Musikschule).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind bleibt über einen längeren Zeitraum am Tisch sitzen (z.B. beim Mittagessen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind zieht sich selbständig aus und an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informationsbogen
zur Feststellung des Förderbedarfs

JOSEPH-VON-EICHENDORFF-SCHULE
SONDERPÄDAGOGISCHES FÖRDERZENTRUM WALDKRAIBURG
DIESELSTR. 4 - 84478 WALDKRAIBURG - TELEFON 08638-96770



Mein Kind kann gut:

Meinem Kind fällt schwer:

ALLE ANGABEN UNTERLIEGEN SELBSTVERSTÄNDLICH DER SCHWEIGEPFLICHT!!!

FÜR EINE ZUM WOHL E IHRES KINDES UMFASSENDE BERATUNG BEANTWORTEN SIE DIE FRAGEN BITTE **WAHRHEITSGEMÄß**, ZUDEM BENÖTIGEN WIR DEN VON DER **KINDERTAGESSTÄTTE UND / ODER DER FRÜHFÖRDERSTELLE AUSGEFÜLLTEN FRAGEBOGEN**.

MIT IHRER UNTERSCHRIFT BESTÄTIGEN SIE DIE RICHTIGKEIT UND VOLLSTÄNDIGKEIT IHRER ANGABEN.

EINE AUFNAHME IN SVE ODER DFK ERFOLGT UNTER VORBEHALT.

DER FRAGEBOGEN WURDE AUSGEFÜLLT VON: _____

ORT, DATUM: _____

UNTERSCHRIFT DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN: _____

