

Informationsbogen zum Kind unter 3 Jahre

Z

Name: _____ Alter: _____

1. Welche Familienmitglieder erlebt Ihr Kind?

2. Konnte Ihr Kind bereits Gruppenerfahrung sammeln (z.B. Krabbelgruppe, Krippe etc.)?

3. Leidet Ihr Kind unter Ängsten (Fremdeln, Trennungsängste...)?

4. Ist Ihr Kind anfällig für Krankheiten? Welche? Benötigt Ihr Kind Medikamente?

5. Wurde Ihr Kind mit Krankenhauserfahrungen bei sich oder in der Familie konfrontiert? Wann?

6. Hat Ihr Kind Auffälligkeiten im Wahrnehmungsbereich (Hören, Sehen, Gleichgewicht...)?

7. War / Ist Ihr Kind bereits in Behandlung? Wenn ja, bitte ankreuzen.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Spieltherapie | <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Ergotherapie |
| <input type="checkbox"/> Logopädie | <input type="checkbox"/> Psychologische Behandlung | <input type="checkbox"/> Familientherapie |
| <input type="checkbox"/> Frühförderung | <input type="checkbox"/> Heilpädagogik | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Seit wann? Grund der Behandlung?

8. Welchen Schlaf- bzw. Wachrhythmus hat Ihr Kind?

9. Leidet ihr Kind unter Allergien (Hausstaub, Insektenstiche, Pollen etc.)?

10. Gibt es Besonderheiten beim Wickeln? Allergien auf bestimmte Pflegeprodukte o.ä.?

11. Sonstiges:

12. Bitte schätzen Sie Ihr Kind in den aufgeführten Bereichen ein

	sehr gut	gut	be- friedigend	teils schwierig	schwierig	sehr schwierig
Kontaktverhalten						
Sozialverhalten						
Regeln/Grenzen						
Selbstständigkeit						
Essverhalten						
Unruhe / Nervosität						
Körperliche Aktivität						
Grobmotorik						
Feinmotorik						
Sprachentwicklung						
Wahrnehmung						
Schlafverhalten						
Ängste						
Aggressivität						
Hyperaktivität						
Mutter-Kind-Beziehung						
Trennungsängste						
Entspannungsfähigkeit						
Sonstiges						

**Vielen Dank für die Informationen!
Ihr Team vom Kinderhaus**