

Elternfragebogen - Kindertagespflege

I. Personalien

Name der Eltern: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Kind, für das eine Tagespflegeperson gewünscht wird:

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Arbeitgeber der Mutter: _____

Adresse: _____

Telefonnummer, unter der die Mutter bei der Arbeitsstelle zu erreichen ist: _____

Arbeitgeber des Vaters: _____

Adresse: _____

Telefonnummer, unter der der Vater bei der Arbeitsstelle zu erreichen ist: _____

Eine weitere Bezugsperson, die im Notfall angerufen werden kann:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Arzt des Kindes: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Krankenkasse des Kindes: _____

Personen, die neben den Eltern berechtigt sind, das Kind bei der Tagespflegeperson abzuholen: jeweils

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

II. EntwicklungsgeschichteArt der Geburt: Normal Frühgeburt

Gab es irgendwelche Komplikationen?

 nein ja, welche: _____War das Kind schon vorher in einer Kindertagespflegestelle oder in einer Kita? ja nein

Seit wann: _____

Wurde es von anderen Personen betreut?

(z.B. Babysitter, Oma)

 ja nein**III. Gesundheitszustand des Kindes**

Bereits durchgeführte Impfungen:

Diphtherie-Tetanus-Polio: ja neinKeuchhusten: ja neinMasern-Mumps-Röteln: ja neinImpfausweis in Kopie an die Kindertagespflegeperson übergeben? ja neinKrankenkassenkarte in Kopie an die Kindertagespflegeperson übergeben? ja nein

Leidet das Kind an Allergien, Unverträglichkeiten oder chronischen Erkrankungen?

 nein ja, welche: _____

Hat das Kind irgendwelche Beeinträchtigungen oder chronische Erkrankungen?

nein ja, welche: _____

Muss das Kind regelmäßig bestimmte Medikamente einnehmen?

nein ja, welche und wie oft: _____

Sind besondere Maßnahmen im Umgang mit dem Kind erforderlich?

nein ja, welche: _____

War das Kind schon wegen einer Erkrankung im Krankenhaus?

nein ja, weshalb: _____

wann: _____

Ist das Kind anfällig für bestimmte Erkrankungen?

Erkältungen Bauchschmerzen Verdauungsstörung Kopfschmerzen
 Ohrenschmerzen Fieber Fieberkrampf Pseudokrupp

Welche ansteckenden Krankheiten hatte das Kind?

Masern Windpocken Röteln Keuchhusten
 Mumps _____

Wie reagiert das Kind auf Fieber und erhöhte Temperatur?

Ermüdet das Kind schnell? ja nein

Wimmert oder weint es oft? ja nein

Besondere Wünsche der Eltern für den Fall einer Erkrankung:

IV. Ess- und Trinkgewohnheiten

Das Kind hat im Allgemeinen

guten Appetit schlechten Appetit übergroßen Appetit

Wann bekommt das Kind seine Mahlzeiten?

um ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Uhr

Hat es oft zwischen den Mahlzeiten Hunger?

nein ja - Was tun Sie dann? Bitte beschreiben Sie: _____

Welches Wort benutzt das Kind, wenn es Hunger hat?

Welches Wort benutzt das Kind, wenn es Durst hat?

Wird das Kind noch gestillt? ja nein

Bekommt das Kind noch Fertigmilch?

nein ja, welche: _____

Was trinkt es sonst? _____

Verträgt das Kind bestimmte Nahrungsmittel nicht?

nein ja, welche: _____

Muss das Kind eine Diät einhalten?

nein ja, welche: _____

Was isst das Kind am liebsten? _____

Was mag es gar nicht? _____

Womit isst das Kind?

mit den Händen mit dem Löffel mit der Gabel es wird gefüttert

Lutscht das Kind?

am Daumen am Sauger an bestimmten Fingern

gar nicht an einem Tüchlein

Erlauben Sie dem Kind das Lutschen?

ja nein - Was tun Sie, um es vom Lutschen abzuhalten? _____

Bekommt das Kind regelmäßig Süßigkeiten?

nein, gar keine ja _____

Sind Sie einverstanden mit gelegentlichen süßen Mahlzeiten in der Kindertagespflegestelle?

nein, gar keine ja _____

V. Zusätzliche Informationen über Babys

Hat das Kind schon Kolikanfälle gehabt? ja nein

Ist die Haut des Babys sehr empfindlich? ja nein

Ist es oft wund? ja nein

Auf was reagiert die Haut des Kindes gereizt? _____

Welches Puder und / oder Öl verwenden Sie? _____

Benutzen Sie Wegwerfwindeln? ja nein

Hat das Kind öfter Blähungen? ja nein

Ist der Stuhlgang regelmäßig? ja nein

Hat es oft Durchfall? ja nein

Hat es oft Verstopfung? ja nein

Was tun Sie bei Durchfall oder Verstopfung? _____

Wie füttern Sie das Kind?

es wird auf dem Schoß gehalten

es sitzt im Kinderstuhl

anderes: _____

VI. Sauberkeitserziehung

Hat das Kind bereits Interesse an der Toilette oder dem Töpfchen gezeigt?

nein

ja, Toilette

ja, Töpfchen

Welches Wort verwenden Sie für „Wasser lassen“ und „Stuhlgang“?

für Wasser lassen: _____

für Stuhlgang: _____

Sagt es im Allgemeinen, wenn es auf die Toilette muss?

ja

nur manchmal

gar nicht, der Erwachsene muss ahnen, wann es muss.

Hat das Kind Angst

vor der Toilette?

ja

nein

Wie verhält sich das Kind, wenn es in die Hosen gemacht hat?

VII. Schlafgewohnheiten

Um welche Zeit geht das Kind abends schlafen? Um _____ Uhr

Wann steht es morgens auf? Um _____ Uhr

Ist es morgens ausgeschlafen?

ja

ja, meistens

nein, fast nie

Braucht es lange, ehe es nach dem Schlafen ganz wach ist? ja nein

Schläft es während des Tages?

nein ja, von _____ bis _____ Uhr unterschiedlich

Mag es den Mittagsschlaf?

im Allgemeinen ja im Allgemeinen nicht

Nimmt es Spielzeug o.ä. mit ins Bett?

nein ja, welches: _____

Lassen Sie es aufstehen, wenn es mittags nicht einschläft oder nur sehr kurz schläft?

ja, meistens nein, meistens nicht

Haben Sie beobachtet, dass das Kind schlechte Träume hat?

ja, oft manchmal selten ich habe nicht darauf geachtet

VIII. Spielverhalten

Wie spielt das Kind bisher am liebsten?

alleine mit einem anderen Kind
 mit mehreren anderen Kindern mit einem Erwachsenen

Kann das Kind sich einige Zeit allein beschäftigen?

ja, sehr gut ja, aber selten nein, sehr schlecht

Regen Sie das Kind an, sich auch allein zu beschäftigen? ja nein

Möchte das Kind bei Ihren Tätigkeiten dabei sein und mitmachen?

nein ja - Wie reagieren Sie dann? _____

Womit spielt das Kind am liebsten? _____

Lässt es sich gerne vorlesen oder Geschichten erzählen? ja nein

Spielt es gerne im Freien?

nein, es will bald wieder ins Haus

ja, am liebsten spielt es dort: _____

Womit hat es sich schon beschäftigt?

(Alles Zutreffende ankreuzen!)

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Knetmasse | <input type="checkbox"/> Bausteinen | <input type="checkbox"/> Fingerfarben |
| <input type="checkbox"/> Spielautos | <input type="checkbox"/> Buntstiften | <input type="checkbox"/> Bällen |
| <input type="checkbox"/> Haushaltsgegenständen | <input type="checkbox"/> Puppen | <input type="checkbox"/> Spielen im und mit Wasser |

anderes: _____

Wie geht es mit Scheren und anderen gefährlichen Gegenständen um?

IX. Ängste des Kindes

Wie ängstlich ist das Kind im Allgemeinen?

- nicht ängstlich recht ängstlich sehr ängstlich

Wovor fürchtet sich das Kind?

(Alles Zutreffende ankreuzen!)

- großen Tieren kleinen Tieren Erwachsenen fremden Kindern
 Dunkelheit lauten Geräuschen Gewitter Geistern

anderes: _____

Wie reagiert das Kind, wenn Sie versuchen, es zu beruhigen?

- Es lässt sich schnell trösten und ablenken.
 Es zeigt seine Angst noch mehr und ist erst langsam wieder zu beruhigen.

Sollten Sie weitere Informationen haben, notieren Sie diese bitte auf einem Extrablatt.