

Protokoll des Aufnahmegesprächs

Daten zum Kind

Familienname, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

Anschrift

Aufnahmedatum

Anwesende:

Wer übernimmt die Eingewöhnung? (Idealerweise nicht die Hauptbezugsperson)

Familiäre Situation

Die Eltern leben

- zusammen getrennt verwitwet
 Mutter alleinerziehend Vater alleinerziehend
 sonstiges:
-

Daten zur Mutter

Familienname, Vorname	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Beruf		Religion

Daten zum Vater

Familienname, Vorname	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Beruf		Religion

Sprache

In welcher Sprache wird zu Hause gesprochen?

Ist ihr Kind mit weiteren Sprachen vertraut? (Wenn ja, welche?)

Geschwisterkinder

Name	Geburtsjahr
Name	Geburtsjahr
Name	Geburtsjahr
Name	Geburtsjahr

Betreuung / Soziales Umfeld

Wer betreut ihr Kind die meiste Zeit?

Gab es schon Trennung ohne Bezugsperson? (Wenn ja, wie war der Verlauf?)

Bestehen außerfamiliäre soziale Kontakte?

Spielkreise, Freunde, etc.

Wie verhält sich ihr Kind in neuen Situationen / anderen Umgebungen?

Wie löst sich ihr Kind von der Bezugsperson?

Hat ihr Kind vor etwas Angst?

Womit lässt sich ihr Kind trösten?

Wie verhält sich ihr Kind in neuen Situationen / anderen Umgebungen?

Gesundheit

Wie war die gesundheitliche Entwicklung bisher?

(Krankenhausaufenthalte, Auffälligkeiten bei U-Untersuchungen, Operationen, etc.)

Hat ihr Kind:

Allergien

Ja, diese:

Nein

Unverträglichkeiten

Ja, diese:

Nein

Chronische Krankheiten

Ja, diese:

Nein

Neigt ihr Kind zu häufigen Infekten? (Bronchitis, Mittelohrentzündung, etc.)

Ja, diese:

Nein

Ist Ihr Kind gekrabbelt?

Ja

Nein

Wann ihr das Kind laufen gelernt?

Kann noch nicht laufen

Erhält ihr Kind eine der folgenden Behandlungen?

Krankengymnastik

Ergotherapie

Logopädie (Sprachförderung)

Osteopathie

Psychomotorische Bewegungsförderung

sonstiges:

Wer ist der Kinderarzt?

Name, Anschrift, Telefonnummer

Krankenkasse

Name und Anschrift

Krankenversicherungsnummer

Gab es Besonderheiten im Verlauf der Schwangerschaft?

Frühchen, viel liegen, etc.

Sprachentwicklung

Wie äußert ihr Kind seine Wünsche und Bedürfnisse?

Gestik

Mimik

Lautäußerung

Sprachlich (spricht Wörter oder Sätze)

Hat ihr Kind besondere Begrifflichkeiten für

Mama

Papa

sich selbst

Schlafen

Hunger

Durst

Kuscheltier

Schnuller

sonstiges

sonstiges

sonstiges

sonstiges

Spielgewohnheiten

Kann sich ihr Kind alleine beschäftigen?

Ja

Nein

Womit und mit wem spielt ihr Kind zu Hause am häufigsten?

Welche Vorlieben und Interessen hat ihr Kind?

Autos, Puppen, Bücher, Bausteine, etc.

Essgewohnheiten

Kaut ihr Kind feste Nahrung?

Ja

Nein

Trinkt ihr Kind aus der Tasse?

Ja

Nein

Trinkt ihr Kind gerne?

Ja

Nein

Bekommt ihr Kind eine Milchflasche?

Ja, zu diesen Zeiten:

Nein

Frühstück ihr Kind vor dem Besuch der Tagespflege?

Ja, und zwar:

Nein

Gibt es innerhalb der Familie feste Esszeiten und Rituale?

Ja, und zwar:

Nein

Welches Besteck nutzt ihr Kind?

Messer

Gabel

Löffel

wird gefüttert

SCHLAFGEWOHNHEITEN

Welche Schlafgewohnheiten hat ihr Kind? (Zeitumfang bitte in Stunden angeben)

Vormittag

Mittag

Nacht

Kann ihr Kind alleine einschlafen?

Ja

Nein

Was benötigt ihr Kind zum Einschlafen?

nichts

Gibt es feste Einschlafrituale?

Ja, und zwar:

Nein

Schläft ihr Kind nachts durch? (von wann bis wann?)

Ja, und zwar von

Nein

Körperpflege

Trägt ihr Kind tagsüber eine Windel?

Ja

Nein

Benötigt ihr Kind beim Mittagsschlaf eine Windel?

Ja

Nein

Gibt es Wickelgewohnheiten?

Ja, und zwar:

Nein

Geht ihr Kind selbstständig auf die Toilette / das Töpfchen

Ja, aufs

Nein

Ist ihr Kind mit dem Zähneputzen vertraut?

Ja

Nein

Kalbacher Kobel

Freuen Sie sich auf den bevorstehenden Besuch des Kalbacher Kobel?

Ja

Nein

Haben Sie oder ein Familienmitglied Bedenken?

Ja, und zwar:

Nein

Welche Erwartungen haben Sie an den Kalbacher Kobel?

Was wünschen Sie sich für Ihr Kind?
