

Bitte füllen Sie das Aufnahmeformular aus und schicken es zurück an:

Frühberatungsstelle Fellbach-Schmidlen
 Karolingerstr. 42
 70736 Fellbach

Tel.: 0711/951936-23

fruehberatungsstelle@froebelschule-fellbach.de

Frühförderung & Frühberatung



Daten des Kindes:

Name, Vorname/ Geburtsdatum:	
Staatsangehörigkeit	
Kindertageseinrichtung mit Adresse	
Kinderarzt/ Kinderärztin:	
Vorliegende Diagnosen (SPZ, gelbes U-Heft, Facharzt...)	
Therapien	<input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Sonstige: _____

Sorgeberechtigte:

Mutter	Vater
Name:	Name:
Telefon/ Mail:	Telefon/ Mail:
Adresse:	Adresse:
Familiensprachen:	
Geschwister des Kindes und Alter:	
Eltern zusammenlebend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
gemeinsames Sorgerecht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, sorgeberechtigt ist: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater	

Wer hat Sie vermittelt	
------------------------	--

Weshalb möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen? Was macht Ihnen Sorgen?

Bitte geben Sie uns Informationen zu Ihrem Kind

Name des Kindes: _____

Medizinische Komplikationen/ Diagnosen?

Gab es Probleme in der Schwangerschaft / Geburt?	
In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?	
Gab es Auffälligkeiten in der Säuglingszeit / Kleinkindzeit?	Still- und Ernährungsprobleme: Schlafprobleme: Baby/ Kind hat viel geweint/ geschrien:
Gab es bisher Unfälle/ schwere Kinderkrankheiten/ Klinikaufenthalte?	
Wurde Ihr Kind schon ein einmal fachärztlich an den Ohren oder Augen untersucht. Gab es hier Diagnosen?	HNO: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Diagnose: _____ Augenarzt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Diagnose: _____
Medienkonsum? Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind mit Fernsehen/ Handy/ Tablet	
Weiter wichtige Informationen:	

Wie verlief die bisherige Entwicklung?

hat Ihr Kind viel geweint?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
gezieltes Greifen	Monate
Sitzen	Monate
Robben/ Krabbeln	Monate
selbständiges Laufen	Monate
tagsüber windelfrei	Monate/ Jahre
nachts windelfrei	Monate/ Jahre
erste Laute („mamama“, „görgörö“ ...)	Monate
erste Worte („Mama“, „Papa“, „Auto“)	Monate/ Jahre
erste kleine Sätze	Monate/ Jahre

Beschreiben sie bitte kurz die aktuelle Entwicklung Ihres Kindes:

Wie verhält sich Ihr Kind Erwachsenen und anderen Kindern gegenüber?

Nimmt Ihr Kind Blickkontakt auf?

Wie kommuniziert Ihr Kind mit Ihnen und anderen?
(Sprache, Laute, Gesten...)

Welche motorischen Tätigkeiten macht Ihr Kind gerne?
(rennen, klettern, Roller fahren, malen, schneiden, kneten...)

Was spielt Ihr Kind gerne?

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

