

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



Daten des Kindes:

Name, Vorname/ Geburtsdatum:		*
Staatsangehörigkeit		
Kindertageseinrichtung mit Adresse und Telefonnummer		
Kinderarzt/ Kinderärztin:		
Vorliegende Diagnosen (SPZ, gelbes U-Heft, Facharzt...)		
Therapien	☐ Logopädie ☐ Ergotherapie ☐ Physiotherapie ☐ Sonstige: _____	

Sorgeberechtigte:

Mutter	Vater
Name:	Name:
Telefon:	Telefon:
E - Mail:	E - Mail:
Adresse:	Adresse:
Geschwister des Kindes und deren Alter:	
Eltern zusammenlebend ☐ ja ☐ nein	
gemeinsames Sorgerecht ☐ ja ☐ nein, sorgeberechtigt ist: ☐ Mutter ☐ Vater	

Wer hat Sie an uns verwiesen?

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

--

Bitte geben Sie uns Informationen zu Ihrem Kind

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?	HNO: ☐ nein ☐ ja, Diagnose: _____ Augenarzt: ☐ nein ☐ ja, Diagnose: _____
Medienkonsum: Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind mit Fernsehen/ Handy/ Tablet?	
Weitere wichtige Informationen:	

Verlauf der Entwicklung:

Hat Ihr Kind viel geweint?	☐ ja ☐ nein
gezieltes Greifen	Monate
Sitzen	Monate
Robben/ Krabbeln	Monate
freies Laufen	Monate
windelfrei	tagsüber ____ Jahre nachts ____ Jahre

Sprachentwicklung (bei Mehrsprachigkeit bitte alle Sprachen berücksichtigen)

Familiensprachen	
Brabbel-/ Lallphase	Monate
erste Wörter („Mama“, „Papa“, „Auto“)	Monate/ Jahre
Ca. 50 Wörter	Monate/ Jahre
2 – Wort – Sätze	Monate/ Jahre

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

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

Nimmt Ihr Kind Blickkontakt auf?

Wie verhält sich Ihr Kind Erwachsenen und Kindern gegenüber?

Verhält sich Ihr Kind im Kindergarten anders?

Was spielt Ihr Kind gerne? Mit welchen Materialien/ Spielsachen?

Begleitet Ihr Kind sein Spiel sprachlich? ☐ ja ☐ nein

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

