

**Informationsbogen zur
Überprüfung des Förderbedarfs
Elternbogen**



**Sonderpädagogisches
Förderzentrum Waldkraiburg**
Joseph-von-Eichendorff-Schule

Name des Kindes:

Familienname	Vorname	geb.
--------------	---------	------

Eltern:

Vater Name und Vorname	Beruf	wird ausgeübt <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
----------------------------------	-------	--

Mutter Name und Vorname	Beruf	wird ausgeübt <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
-----------------------------------	-------	--

Adresse: Straße:	
Wohnort:	
Telefon:	

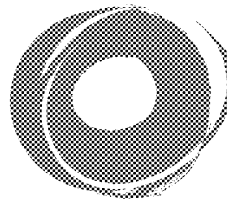
verheiratet getrennt lebend seit Patchworkfamilie geschieden seit Pflegefamilie

Wer ist erziehungsberechtigt?

Falls Zuzug in die BRD:	Datum:	Art (Aussiedler, Auswanderer, Flüchtling, Asylbewerber):
	Herkunftsland:	Verkehrssprache in der Familie:

Geschwister (Vorname, Geburtsjahr Stellung des Kindes i.d. Reihe)	
Welche Familienmitglieder oder andere Personen leben mit dem Kind im gleichen Haushalt?	
Gibt es noch andere Bezugspersonen? (Oma;.....)	
Welche Sprache sprechen Sie mit Ihrem Kind? (Mutter; Vater; andere)	
Bisher besuchte Einrichtungen (Krippe, Spielgruppe,....)	
Kindergartenbesuch?	seit wann _____ <input type="radio"/> welcher Kindergarten _____ <input type="radio"/> Verlauf (gerne; regelmäßig) _____

**Informationsbogen zur
Überprüfung des Förderbedarfs
Elternbogen**



**Sonderpädagogisches
Förderzentrum Waldkraiburg**
Joseph-von-Eichendorff-Schule

	ja	nein
Wurde Ihnen unsere Einrichtung empfohlen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, durch wen?		
Hatte Ihr Kind bereits Therapien / Fördermaßnahmen ?		
Ergotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logopädie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heilpädagogik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobile Hilfe (MSH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankengymnastik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frühförderung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bisherige Untersuchungen		
Gesundheitsamt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Letzte Vorsorgeuntersuchung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ Altötting)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heckscher Klinik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankheiten und Beeinträchtigung		
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurodermitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spasmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autismus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Informationsbogen zur
Überprüfung des Förderbedarfs
Elternbogen**



**Sonderpädagogisches
Förderzentrum Waldkraiburg**
Joseph-von-Eichendorff-Schule

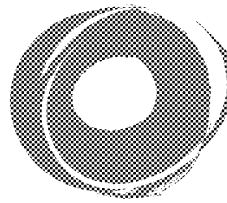
Angaben zur Entwicklung Ihres Kindes:

Schwangerschaft:		
	ja	nein
1. Komplikationen in der Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?		
2. Medikamente in der Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Psychische Belastungen in der Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?		

Geburt:			
Die Geburt war	<input type="radio"/> zu früh	<input type="radio"/> zeitgerecht	<input type="radio"/> zu spät
Geburtsgewicht	<input type="radio"/> unter 2500 g	<input type="radio"/> über 2500 g	
Besonderheiten/ Komplikationen			

Entwicklung Kleinkind			
	ja		nein
1. Krabbeln	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	vor dem 9. Monat	10. – 15. Monat	nach dem 16. Monat
2. Freies Laufen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	vor dem 12. Monat	12. – 17. Monat	nach dem 18. Monat
3. Sprechen von vier Wörtern (außer Mama/Papa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sauberkeitserziehung	vor dem 3. Lebensjahr	nach dem 3. Lebensjahr	noch nicht
tagsüber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nachts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Informationsbogen zur
Überprüfung des Förderbedarfs
Elternbogen**

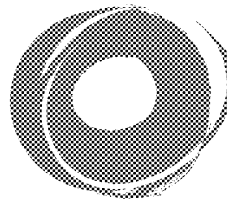


**Sonderpädagogisches
Förderzentrum Waldkraiburg**
Joseph-von-Eichendorff-Schule

Motorik		
	ja	nein
1. Kann Ihr Kind einen Ball werfen und fangen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Stolpert oder fällt Ihr Kind häufig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Kann Ihr Kind balancieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Stößt Ihr Kind im Zimmer häufig etwas um?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Setzt Ihr Kind häufig mehr Kraft ein, als es unbedingt braucht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Beteiligt sich Ihr Kind an gemeinsamen Spielen mit der Familie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Schaukelt Ihr Kind gern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Klettert Ihr Kind auf erhöhte Gegenstände (z.B. Klettergerüst auf dem Spielplatz)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Fährt Ihr Kind sicher Kettcar, Roller oder Fahrrad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Bewegt sich Ihr Kind in unebenem Gelände sehr unsicher (z.B. Wald)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Benutzt Ihr Kind sicher Treppen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Feinmotorik		
	ja	nein
1. Kann Ihr Kind mit einer Schere einen Kreis ausschneiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hält Ihr Kind einen Stift richtig zwischen Daumen und Zeigefinger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Hält Ihr Kind beim Ausmalen die Grenzen ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Informationsbogen zur
Überprüfung des Förderbedarfs
Elternbogen**

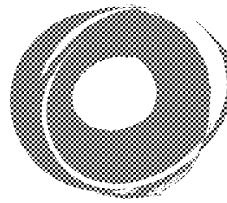


**Sonderpädagogisches
Förderzentrum Waldkraiburg**
Joseph-von-Eichendorff-Schule

Wahrnehmung		
	ja	nein
1. Mag Ihr Kind Körperkontakt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Lässt sich Ihr Kind von Ihnen in den Arm nehmen (z.B. Trösten)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Zeigt Ihr Kind ein angemessenes Schmerzempfinden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Bemerkt Ihr Kind, wenn sein Mund beschmiert ist oder die Nase läuft und wischt sich ab oder putzt sich die Nase?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Baut Ihr Kind z.B. mit Legosteinen nach Vorlagen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Puzzelt Ihr Kind gerne? (Schafft es Puzzles mit 30- 40 Teilen ohne Ihre Hilfe?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Passieren Ihrem Kind häufig Missgeschicke, Unfälle oder Stürze?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Kennt Ihr Kind die Farben? (rot, blau, gelb, grün, orange)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Erkennt Ihr Kind die Mengen auf einem Würfel (ohne Abzählen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sprache		
	ja	nein
1. Bildet Ihr Kind alle Laute richtig?		
in Deutsch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in (Muttersprache)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wenn nein, welche fehlen oder werden ersetzt?		
2. Bildet Ihr Kind ganze Sätze richtig?		
in Deutsch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in (Muttersprache)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Kann Ihr Kind drei Aufträge behalten und nacheinander durchführen(z.B. : „Geh in die Küche, hol einen Becher und stell ihn auf den Tisch.“)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Informationsbogen zur
Überprüfung des Förderbedarfs
Elternbogen**

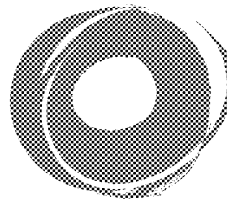


**Sonderpädagogisches
Förderzentrum Waldkraiburg**
Joseph-von-Eichendorff-Schule

Sprache		
	ja	nein
1. Spielt Ihr Kind ausdauernd mit Bausteinen, Legosteinen, Puppen oder ähnlichen Spielmaterial?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Spielt Ihr Kind		
lieber allein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit Gleichaltrigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit Jüngeren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit Älteren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Spielt Ihr Kind auch Brettspiele?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Bleibt es bis zum Ende dabei?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Kann es dabei auch verlieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Hält sich Ihr Kind an die Regeln?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sozialverhalten		
	ja	nein
1. Ihr Kind verhält sich in Konfliktsituationen		
schüchtern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
durchsetzungsfähig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kompromissfähig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aggressiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Kann Ihr Kind warten, wenn Sie z.B. telefonieren, sich unterhalten, ... ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Kommt es im Spiel mit anderen Kindern häufig zu Streitigkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Informationsbogen zur
Überprüfung des Förderbedarfs
Elternbogen**



**Sonderpädagogisches
Förderzentrum Waldkraiburg**
Joseph-von-Eichendorff-Schule

4. Kann sich Ihr Kind nur schwer trennen (KiTa, Turngruppe, Musikschule)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ja	nein
5. Kann Ihr Kind über längere Zeit ruhig am Tisch sitzen z.B. beim Mittagessen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Kann sich Ihr Kind selbstständig aus- und anziehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Was kann Ihr Kind gut?

Was fällt ihm schwer?

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht!!!

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

**Informationsbogen zur
Überprüfung des Förderbedarfs
Elternbogen**



**Sonderpädagogisches
Förderzentrum Waldkraiburg**
Joseph-von-Eichendorff-Schule

Ich bin einverstanden, dass Lehrkräfte des Sonderpädagogischen Förderzentrums bezüglich meines Kindes

_____ , geboren am _____

mit folgenden Einrichtungen und Personen Informationen gegenseitig austauschen dürfen:

1.	<input type="checkbox"/> Kindergarten / Kindertageseinrichtung:
2.	<input type="checkbox"/> Therapeuten:
3.	<input type="checkbox"/> Kliniken:
4.	<input type="checkbox"/> Ärzte:
5.	<input type="checkbox"/> Heilpäd. Tagesstätte:
6.	<input type="checkbox"/> Andere Institutionen: <i>Jugendamt, Erziehungsberatungsstelle, Einrichtung der Jugendhilfe (z.B. Heime)</i>
7.	<input type="checkbox"/> Andere Institutionen:

Die ausgetauschten Informationen unterliegen der Schweigepflicht.

Die Entbindung der Schweigepflicht kann jederzeit widerrufen werden.

Ort

Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten