

Aufnahmebogen

Name:

Geburtstag:

Das Ausfüllen dieses Aufnahmebogens ist freiwillig. Die Informationen aus dem Fragebogen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht. Möchten und/oder können Sie über bestimmte Punkte keine Angaben machen, so ist dies kein Problem.

Allgemeine Fragen

Name der/s Schule/Kindergarten: _____ Klasse: _____

Name der/s Lehrerin/s Erzieherin: _____ Telefon: _____

Behandelnder/Verordnender Arzt: _____ Telefon: _____

Fragen zur Schwangerschaft

Wie war die Schwangerschaft: normal__ Risiko__

Wie war der Verlauf? _____

Gab es Komplikationen? _____

Haben Sie Medikamente erhalten o.ä.? _____

Fragen zur Geburt

In der wievielten Schwangerschaftswoche kam Ihr Kind zur Welt? _____ SSW

Ihr Kind kam normal__ / per Kaiserschnitt(Sectio) __ zur Welt.

Wie war der Verlauf? _____

Gab es Komplikationen? _____

Medizinische Vorgeschichte

Leidet Ihr Kind an bestimmten Krankheiten, Allergien? _____

Hat es Sehprobleme? _____

Hörprobleme (Mittelohrentzündungen) ? _____

Wenn ja, welche Untersuchungen sind durchgeführt worden? _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche? _____

Entwicklungsgeschichte

Wann konnte Ihr Kind sich umdrehen __ Mon. frei sitzen __ Mon.

krabbeln __ Mon. wie lange ist es gekrabbelt __ Mon.

stehen __ Mon. Laufen __ Mon.

Bemerkungen: _____

Wann kamen die ersten Worte __ Mon. Zwei-Wort-Sätze __ Mon.

Wie war die Sprachentwicklung? _____

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an!

Fragen zur Vestibulären Wahrnehmung (Gleichgewichtsorgan)

	ja sehr	ja	etwas	nein	gar nicht
- Mag es Karussell fahren?	—	—	—	—	—
- Rutscht es gerne?	—	—	—	—	—
- Hüpfst es viel?	—	—	—	—	—
- Lässt es sich gerne auf den Arm nehmen?	—	—	—	—	—
- Verträgt es Autofahren gut?	—	—	—	—	—
- Schaukelt Ihr Kind gerne?	—	—	—	—	—

Bemerkungen: _____

Fragen zur kinästetischen Wahrnehmung (Tiefensensibilität)

	ja sehr	ja	etwas	nein	gar nicht
- Enden gem. Spiele häufig in Rangeleien?	—	—	—	—	—
- Scheint Ihr Kind seine Kraft nicht gut einschätzen zu können?	—	—	—	—	—
- Fällt Ihr Kind häufig?	—	—	—	—	—
- Scheint Ihr Kind Gefahren nicht gut einschätzen zu können?	—	—	—	—	—
- Stößt sich ihr Kind häufig?	—	—	—	—	—

Bemerkungen: _____

Fragen zur taktilen Wahrnehmung (Hautsinn)

	ja sehr	ja	etwas	nein	gar nicht
- „Matscht“ Ihr Kind gerne?	—	—	—	—	—
- Lässt sich ihr Kind gerne berühren, schmust es gerne?	—	—	—	—	—
- Berührt sich Ihr Kind selber viel?	—	—	—	—	—
- Kneift, kratzt, beißt es sich selbst?	—	—	—	—	—
- Haare waschen/ Gesicht waschen/ Nägelschneiden verlaufen problemlos?	—	—	—	—	—

Bemerkungen: _____

Fragen zum Geschmacks- und Geruchssinn

	ja sehr	ja	etwas	nein	gar nicht
- Riecht Ihr Kind häufig an Gegenständen?	—	—	—	—	—
- Scheint es sehr geruchsempfindlich zu sein?	—	—	—	—	—
- Isst es bestimmte Dinge Besonders gerne? (Oder nicht gerne)	—	—	—	—	—

Was isst Ihr Kind gerne? _____

Bemerkungen: _____

Fragen zur auditiven Wahrnehmung (Hören)

	ja sehr	ja	etwas	nein	gar nicht
- Dreht sich Ihr Kind zu einer Geräuschquelle?	—	—	—	—	—
- Macht es gerne Krach?	—	—	—	—	—
- Reagiert Ihr Kind auf Aufforderungen?	—	—	—	—	—

Bemerkungen: _____

Fragen zur visuellen Wahrnehmung (Sehen)

	ja sehr	ja	etwas	nein	gar nicht
- Nimmt Ihr Kind auf dem Boden liegende Gegenstände wahr?	—	—	—	—	—
- Kann es aus einem vollen Schrank etwas bestimmtes heraussuchen?	—	—	—	—	—
- Kann es auf einer Zeichnung bestimmte Dinge anweisen?	—	—	—	—	—

Bemerkungen: _____

Fragen zum Alltagsleben

	ja sehr	ja	etwas	nein	gar nicht
- Isst/trinkt Ihr Kind ohne Hilfe?	—	—	—	—	—
- Zieht es den rechten/linken Schuh an den jeweils richtigen Fuß?	—	—	—	—	—
- Kann es alleine Reißverschlüsse öffnen/schließen?	—	—	—	—	—
- Kann es eine Schleife binden?	—	—	—	—	—
- Ausziehen: es hilft mit/ist selbstständig?	—	—	—	—	—
- Anziehen: es hilft mit/ ist selbstständig?	—	—	—	—	—
- Kann ihr Kind mit Hilfe von Ortsangaben etwas suchen (oben/unten/vor/hinter/über etc.)?	—	—	—	—	—

Bemerkungen: _____

Fragen zum Spielverhalten

	ja sehr	ja	etwas	nein	gar nicht
- Kann Ihr Kind alleine spielen?	—	—	—	—	—
- Kann es mit anderen Kindern spielen?	—	—	—	—	—
- Spielt es Rollenspiele?	—	—	—	—	—
- Spielt es Regelspiele(Mensch ärgere dich nicht)?	—	—	—	—	—
- Kann sich Ihr Kind längere Zeit mit einem Spiel/ Spielzeug beschäftigen?	—	—	—	—	—
- Probiert Ihr Kind alle Möglichkeiten eines Gegenstandes/Spiel aus?	—	—	—	—	—
- Hat es viel Phantasie?	—	—	—	—	—
- Bevorzugt es beim spielen eine bestimmte Altersgruppe? __ jährige	—	—	—	—	—
- Bastelt Ihr Kind?	—	—	—	—	—
- Malt Ihr Kind?	—	—	—	—	—

- Was malt Ihr Kind? _____
- Was sind zurzeit seine Lieblingsspiele? _____

Bemerkungen: _____

Fragen zum (sozial) Verhalten

	ja sehr	ja	etwas	nein	gar nicht
- Fällt es Ihrem Kind leicht, Kontakte aufzunehmen?	___	___	___	___	___
- Kann Ihr Kind Kontakte gestalten/aufrecht erhalten?	___	___	___	___	___
- Setzt es Tätigkeiten auch nach Misslingen fort?	___	___	___	___	___
- Kann sich Ihr Kind ohne Probleme von Ihnen lösen?	___	___	___	___	___
- Sind Veränderungen der Situationen/ Umgebung für Ihr Kind problemlos?	___	___	___	___	___
- Hat Ihr Kind viel Energie?	___	___	___	___	___
- Reagiert Ihr Kind schnell gefühlsbetont?	___	___	___	___	___

Womit/worauf reagiert Ihr Kind gefühlsbetont? _____

Bemerkungen: _____

Sind bereits Voruntersuchungen gemacht worden? (Wenn ja, welche, durch wen und mit welchem Ergebnis)

Test: _____

Medizinische Untersuchungen: _____

Therapien: _____

Gibt es Besonderheiten/ Auffälligkeiten/ Probleme im Kindergarten?

Stärken (+), Schwierigkeiten (-), weder noch (0):

Freispiel (), Regelspiel (), Stuhlkreis (), Bauecke (), Puppenecke (), Puzzle (), malen (), basteln()

Gibt es Besonderheiten/ Auffälligkeiten/ Probleme in der Schule?

Stärken (+), Schwierigkeiten (-), weder noch (0):

Lesen (), Schreiben (), Schriftbild (), Diktat (), Aufsatz (), Zahlen (), Rechnen (), Mengen (), Geometrie (), Zeichnen (), Werken (), Sport ()
