



Voranmeldung in der Heilpädagogischen Tagesstätte Aich

1. Angaben zum Kind

Nachname des Kindes: Vorname:

Geburtsdatum: Geschlecht:

Geburtsort: Staatsangehörigkeit:

Adresse:

Telefon:

Bei wem ist das Kind krankenversichert? ☐ Mutter ☐ Vater

Angabe der Krankenkasse:

Bei wem lebt das Kind? ☐ Mutter ☐ Vater ☐ beide Elternteile
☐ Andere:

Wer hat das Sorgerecht? ☐ Mutter ☐ Vater ☐ beide Elternteile
☐ Andere:

2. Angaben zu den Eltern

Name der Mutter: Name des Vaters:

Geburtsdatum: Geburtsdatum:

Staatsangehörigkeit: Staatsangehörigkeit:

Adresse (falls abweichend): Adresse (falls abweichend):

.....

erlernter Beruf: erlernter Beruf:

ausgeübter Beruf: ausgeübter Beruf:

Mobil-Nr.: Mobil-Nr. :

E-Mail: E-Mail:

3. Familiäres Umfeld des Kindes:

Geschwister/Halbgeschwister (Name und Alter)

.....

.....

Welche Personen leben im gleichen Haushalt wie das Kind?

.....

Bei Trennung/Scheidung der Eltern:

Seit wann leben die Eltern getrennt?

Wie häufig hat das Kind Kontakt zum anderen Elternteil?

Bei Pflegeeltern:

Wie häufig hat das Kind Kontakt zu den leiblichen Eltern?

4. Bisher besuchte/r Spielgruppe/Krippe/Kindergarten (von wann bis wann):

.....
.....
.....

5. Wie haben Sie von uns erfahren? (Empfehlung durch..., Selbstrecherche, ...)

.....

6. Gründe für die Voranmeldung

(z. B. mein Kind hat in folgenden Bereichen Schwierigkeiten / braucht in folgenden Bereichen noch Förderung: ..., gerne auch mit Beispielen)

.....
.....
.....
.....
.....

7. Haben Sie sich wegen der Gründe schon an eine andere Stelle gewandt?

(z. B. Frühförderung, Klinik, Therapeuten etc.)

.....
.....

Welche Maßnahmen/Therapien usw. wurden bereits getroffen oder sind geplant?

.....
.....

Hatten Sie bereits Kontakt zum Jugendamt? ☐ ja ☐ nein

8. Infos zu Schwangerschaft und Geburt

Wie verliefen die Schwangerschaft und die Geburt?

☐ normal ☐ Besonderheiten/Komplikationen:

.....

Wie verlief das erste Lebensjahr? (z.B. Kind hat viel geschrien, schlecht getrunken...)

.....

.....

9. Motorische Entwicklung

a) Grobmotorisch

Erste selbständige Schritte mit (Alter):

☐ mein Kind ist motorisch geschickt (klettert, balanciert) ☐ ungeschickt (stolpert häufig, fällt hin)

☐ schaukelt gerne ☐ schaukelt nicht gerne

☐ kann Roller fahren ☐ kann Dreirad fahren

☐ fährt Rad ohne Stützen

☐ kann rückwärts gehen

☐ sonstige Besonderheiten

Wie lange kann Ihr Kind spazieren gehen?

b) Feinmotorisch

Bei folgenden Tätigkeiten bevorzugt mein Kind eine Hand deutlich...

Kämmen: ☐ links ☐ rechts ☐ wechselnd

Zähneputzen: ☐ links ☐ rechts ☐ wechselnd

Essen mit Löffel: ☐ links ☐ rechts ☐ wechselnd

Mein Kind zeigt Interesse an folgenden Tätigkeiten...

Knöpfe öffnen/schließen: ☐ gerne ☐ meidet es

Steckspiele (z.B. Bügelperlen): ☐ gerne ☐ meidet es

Malen/Kritzeln: ☐ gerne ☐ meidet es

Schneiden/Schnippeln: ☐ gerne ☐ meidet es

Kneten: ☐ gerne ☐ meidet es

10. Sprachliche Entwicklung

Erste Worte mit Bedeutung mit (Alter):

Wie gut spricht Ihr Kind Deutsch? (Anzahl Wörter, 2-Wort-Sätze, 3- oder 4-Wortsätze,...)

.....
.....

Bei Mehrsprachigkeit: Welche ist die Muttersprache?

Wie gut spricht Ihr Kind in der Muttersprache? (Anzahl Wörter, 2-Wort-Sätze, 3- o. 4-Wortsätze,...)

.....
.....

Sind Sprachschwierigkeiten vorhanden? Welcher Art?

.....

Verstehen außenstehende Personen Ihr Kind? ☐ ja ☐ nein

Wie würden Sie das Sprachverständnis Ihres Kindes beschreiben?

.....

11. Gehör

Kann Ihr Kind gut hören? Wurde dies bereits getestet? Wann zuletzt?

Gab es Hörbeeinträchtigungen/häufige Erkrankungen an den Ohren/operative Eingriffe,...?

.....

12. Sehen

Kann ihr Kind gut sehen? Wurde dies bereits getestet? Wann zuletzt?

Besonderheiten:

13. Krankheiten

Hatte Ihr Kind häufige oder schwere Krankheiten oder Krankenhausaufenthalte?

.....
.....

14. Sauberkeitsentwicklung

Mein Kind trägt noch eine Windel: ☐ ja ☐ nein ☐ nachts

Es geht tagsüber auf die Toilette seit (Alter):

Es trägt tagsüber keine Windel, nässt aber manchmal ein (wie häufig?)

Es trägt nachts keine Windel mehr seit (Alter):

15. Selbstständigkeit

Mein Kind...

☐ kann sich alleine an- und ausziehen

☐ kann selbst Zähne putzen und Hände waschen

☐ benötigt beim An-/Ausziehen noch Hilfe bei:

16. Essverhalten

Mein Kind isst vorwiegend mit folgendem Besteck:

Mein Kind kann selbstständig mit Messer und Gabel essen ☐ ja ☐ nein

Gibt oder gab es früher Schwierigkeiten beim Essen? Wenn ja, welche?

.....
.....

Mein Kind hat folgende Allergien oder Unverträglichkeiten bzw. darf folgende Lebensmittel nicht zu sich nehmen:

.....
.....

Besondere Ernährungsweisen:

☐ kein Fleisch

☐ kein Fisch

17. Schlafverhalten

☐ mein Kind schläft in der Nacht vorwiegend durch

☐ mein Kind wacht nachts häufig auf und benötigt dann:

☐ mein Kind macht noch einen Mittagsschlaf: Wie lange?

18. Geistige Entwicklung

Welche Gegenstände malt Ihr Kind derzeit? (z. B. Striche, Kreis, Viereck, Kopffüßler (Mensch mit Kopf und Füßen), Haus, Baum, ganze Gegenstände,...)

.....
.....

Was kann Ihr Kind besonders gut im Vergleich mit gleichaltrigen Kindern?

.....
.....

Was kann Ihr Kind schlechter im Vergleich mit gleichaltrigen Kindern?

.....
.....

19. Spielverhalten

Womit beschäftigt sich Ihr Kind gerne? Was spielt es gerne und wie lange?

.....

.....

.....

Besonderheiten und Auffälligkeiten beim Spielen:

.....

.....

.....

20. Medienkonsum

Wie lange sieht Ihr Kind täglich fern?

Wie häufig und wie lange beschäftigt sich Ihr Kind mit dem Smartphone oder Tablet?

.....

Welche Inhalte/Filme/Serien/Spiele mag es besonders gern?

.....

21. Umgang mit Emotionen

Mein Kind...

- ☐ ist ängstlich
- ☐ ist übermäßig anlehnungsbedürftig
- ☐ ist sensibel, weint schnell
- ☐ spielt gerne den „Clown“
- ☐ ist leicht erregbar, wird schnell wütend oder hat häufig Wutanfälle
- ☐ zerstört manchmal mutwillig Sachen
- ☐ befolgt Anweisungen von Erwachsenen sehr ungerne, ist sehr trotzig
- ☐ ist unruhig oder zappelig
- ☐ hat Konzentrationsschwierigkeiten, ist leicht ablenkbar
- ☐ ist sehr eifersüchtig: auf wen?
- ☐ wirkt häufig bedrückt
- ☐ hat eine besondere Abneigung gegen:
- ☐ Sonstiges:

22. Sozialverhalten

Wie verhält sich Ihr Kind mit anderen Kindern?

.....

.....

Mit Kindern welchen Alters spielt Ihr Kind lieber?

☐ mit jüngeren ☐ mit gleichaltrigen ☐ mit älteren

23. Verhalten in Spielgruppe/Krippe/Kindergarten

☐ Mein Kind besucht bisher keine/n Spielgruppe/Krippe/Kindergarten

☐ Es gab keine Probleme in der Spielgruppe/Krippe/im Kindergarten

☐ es gab folgende Schwierigkeiten:

.....

.....

.....

24. Familiäre Interaktion

Gibt es Unterschiede im Erziehungsstil zwischen den Elternteilen? Welche?

.....

.....

Gibt es Erziehungssituationen, die für die Mutter/den Vater besonders anstrengend sind?

.....

.....

Bleibt Ihr Kind alleine bei anderen Kindern/Familien?

25. Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders gut?

.....

.....

.....

26. Was soll sich durch den Besuch der HPT verändern?

.....

.....

.....

27. Zum Erstgespräch sind mitzubringen:

- vorhandene haus-/kinder-/fachärztliche Bescheide, Berichte und Briefe
- sonstige Berichte (Frühförderstelle, Therapeuten, Krippe, Kindergarten,...)
- ausgefüllte und unterschriebene Schweigepflichtsentbindung

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

.....

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Schweigepflichtsentbindung HPT Aich

Hiermit erkläre ich mich/wir uns einverstanden, dass Mitarbeitende der Heilpädagogischen Tagesstätte Aich streng vertrauliche Informationen, die im Aufnahmeverfahren, zur fortlaufenden Diagnostik sowie der Förderplanerstellung

unseres Kindes _____ hilfreich sind, mit folgenden Stellen austauschen:

Unzutreffendes bitte durchstreichen

behandelnder Arzt (Kinderarzt, Allgemeinarzt)

☐ gilt auch umgekehrt

.....
Name/Adresse/Telefonnummer

Frühförderstelle der Stiftung Kinderhilfe FFB

☐ gilt auch umgekehrt

.....
Name der Psychologin/Einzeltherapeutin/Telefonnummer

Kindergarten/-Krippe/Schuleinrichtung

☐ gilt auch umgekehrt

.....
Name der Einrichtung/Adresse/Telefonnummer

Jugendamtsmitarbeiterin und sozialpädagogische Familienhilfe

☐ gilt auch umgekehrt

.....
Name/Adresse/Telefonnummer

Leitung für Städt. Kindergärten FFB

☐ gilt auch umgekehrt

.....
Name/Telefonnummer

Sonstige Personen/Institutionen

☐ gilt auch umgekehrt

.....
Name/Telefonnummer

Die Schweigepflichtsentbindung ist gültig bis zum Abschluss der heilpädagogischen Maßnahme. Mir ist bekannt, dass ich diese jederzeit verändern und widerrufen kann.

Fürstenfeldbruck, den

Unterschrift der Sorgeberechtigten

Unterschrift der Sorgeberechtigten