

Elternfragebogen Kindertagespflege¹

I. Personalien

Name der Eltern: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Kind, für das eine Tagespflegeperson gewünscht wird:

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Arbeitgeber der Mutter: _____

Adresse: _____

Telefonnummer, unter der die Mutter bei der Arbeitsstelle zu erreichen ist: _____

Arbeitgeber des Vaters: _____

Adresse: _____

Telefonnummer, unter der der Vater bei der Arbeitsstelle zu erreichen ist: _____

Eine weitere Bezugsperson, die im Notfall angerufen werden kann:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Arzt des Kindes: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Krankenkasse des Kindes: _____

Eine Person, die neben den Eltern berechtigt ist, das Kind bei der Tagespflegeperson abzuholen:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

II. Entwicklungsgeschichte

Art der Geburt: Normal Frühgeburt

Gab es irgendwelche Komplikationen?

nein

ja, welche: _____

Wie alt war das Kind, als die Mutter wieder arbeiten ging? _____ Monate

War das Kind schon vorher in Pflegestellen? ja nein

Wurde es von anderen Personen betreut?

(z.B. Babysitter, Oma)

ja nein

¹ Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Familien für Kinder gGmbH, Berlin

III. Gesundheitszustand des Kindes

Bereits durchgeführte Impfungen:

Diphtherie-Tetanus-Polio: ja nein

Keuchhusten: ja nein

Masern-Mumps-Röteln: ja nein

Leidet das Kind an Allergien, Unverträglichkeiten oder chronischen Erkrankungen?

nein ja, welche: _____

Hat das Kind irgendwelche Behinderungen?

nein ja, welche: _____

Muss das Kind regelmäßig bestimmte Medizin einnehmen?

nein ja, welche und wie oft: _____

Sind besondere Maßnahmen im Umgang mit dem Kind erforderlich?

nein ja, welche: _____

War das Kind schon wegen einer Erkrankung im Krankenhaus?

nein ja, weshalb: _____

wann: _____

Ist das Kind anfällig für bestimmte Erkrankungen?

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Erkältungen | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Verdauungsstörung | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Ohrenschmerzen | <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Fieberkrampf | <input type="checkbox"/> Pseudokrapp |

Welche ansteckenden Krankheiten hatte das Kind?

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> | | |

Wie reagiert das Kind auf Fieber und erhöhte Temperatur?

Ermüdet das Kind schnell? ja nein

Wimmert oder weint es oft? ja nein

Besondere Wünsche der Eltern für den Fall einer Erkrankung:

IV. Ess- und Trinkgewohnheiten

Das Kind hat im Allgemeinen

guten Appetit schlechten Appetit übergroßen Appetit

Hat es oft zwischen den Mahlzeiten Hunger?

nein ja – Was tun Sie dann? Bitte beschreiben Sie: _____

Welches Wort benutzt das Kind, wenn es Hunger hat?

Welches Wort benutzt das Kind, wenn es Durst hat?

Wann bekommt das Kind seine Mahlzeiten?

um _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ Uhr

Wird das Kind noch gestillt? ja nein

Bekommt das Kind noch Fertigmilch?

nein ja, welche: _____

Was trinkt es sonst? _____

Verträgt das Kind bestimmte Nahrungsmittel nicht?

nein ja, welche: _____

Muss das Kind eine Diät einhalten?

nein ja, welche: _____

Was isst das Kind am liebsten? _____

Was mag es gar nicht? _____

Muss man dem Kind gut zureden,
 damit es etwas Unbekanntes probiert? ja nein

Womit isst das Kind?
 mit den Händen mit dem Löffel mit der Gabel

Spielt das Kind gern mit dem Essen? ja nein

Was tun Sie, wenn das Kind mit dem Essen spielt? _____

Lässt sich das Kind beim Essen leicht ablenken?
 nein ja, Was tun Sie, wenn es sich ablenken lässt? _____

Sind Sie der Meinung, das Kind sollte alles aufessen? ja nein
 Was tun Sie, damit das Kind möglichst alles aufisst? _____

Lutscht das Kind?
 am Daumen am Sauger an bestimmten Fingern
 gar nicht an einem Tüchlein

Erlauben Sie dem Kind das Lutschen?
 ja nein – Was tun Sie, um es vom Lutschen abzuhalten? _____

Bekommt das Kind regelmäßig Süßigkeiten?
 nein, gar keine ja, wie viel am Tag:

Wie viel Süßigkeiten soll die Tagespflegeperson dem Kind geben?
 genauso viel wie bei den Eltern weniger als bei den Eltern
 mehr als bei den Eltern

V. Zusätzliche Informationen über Babys

Hat das Kind schon Kolikanfälle gehabt? ja nein

Ist die Haut des Babys sehr empfindlich? ja nein

Ist es oft wund? ja nein

Auf was reagiert die Haut des Kindes gereizt? _____

Welches Puder und / oder Öl verwenden Sie? _____

Benutzen Sie Wegwerfwindeln? ja nein

Hat das Kind öfter Blähungen? ja nein

Ist der Stuhlgang regelmäßig? ja nein

Hat es oft Durchfall? ja nein

Hat es oft Verstopfung? ja nein

Was tun Sie bei Durchfall oder Verstopfung? _____

Wie füttern Sie das Kind?

es wird auf dem Schoß gehalten

es sitzt im Kinderstuhl

anderes: _____

Haben Sie besondere Probleme beim Füttern?

nein ja, welche: _____

VI. Sauberkeitserziehung

Haben Sie schon damit begonnen, das Kind zur Sauberkeit zu erziehen?

nein ja, im Alter von _____ Monaten

Falls Sie schon begonnen haben:

Welches Wort verwenden Sie für Wasser lassen und Stuhlgang ?

für Wasser lassen: _____

für Stuhlgang: _____

Sagt es im Allgemeinen, wenn es auf die Toilette muss?

ja nur manchmal

gar nicht, der Erwachsene muss ahnen, wann es muss.

Benutzt das Kind

den Topf? ja nein

die Toilette? ja nein

Hat das Kind Angst

vor der Toilette? ja nein

Wie verhält sich das Kind, wenn es in die Hosen gemacht hat?

Was tun Sie, wenn das Kind mal in die Hosen macht?

- es trösten
- das Missgeschick nicht besonders beachten
- das Kind tadeln oder bestrafen.

VII. Schlafgewohnheiten

Um welche Zeit geht das Kind abends schlafen?

Um _____ Uhr

Wann steht es morgens auf?

Um _____ Uhr

Ist es morgens ausgeschlafen?

- ja
- ja, meistens
- nein, fast nie

Braucht es lange, ehe es nach dem Schlafen ganz wach ist? ja nein

Schläft es während des Tages?

- nein
- ja, von _____ bis _____ Uhr
- unterschiedlich

Wehrt es sich gegen den Mittagsschlaf?

- im Allgemeinen ja
- im Allgemeinen nicht

Nimmt es Spielzeug mit ins Bett?

- nein
- ja, welches:

Lassen Sie es aufstehen, wenn es mittags nicht einschläft oder nur sehr kurz schläft?

- ja, meistens
- nein, meistens nicht

Haben Sie beobachtet, dass das Kind schwere Träume hat?

- ja, oft
- manchmal
- selten
- ich habe nicht darauf geachtet

VIII. Spielverhalten

Wie spielt das Kind am liebsten?

- alleine
- mit einem anderen Kind
- mit mehreren anderen Kindern
- mit einem Erwachsenen

Kann das Kind sich einige Zeit allein beschäftigen?

- ja, sehr gut
- ja, aber selten
- nein, sehr schlecht

Regen Sie das Kind an, sich auch allein zu beschäftigen? ja nein

Möchte das Kind bei Ihren Tätigkeiten dabei sein und mitmachen?

- nein
 - ja – Wie reagieren Sie dann? _____
-
-
-