

**Elternfragebogen:**

Datum: \_\_\_\_\_

**Angaben zu dem Kind:**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_

Name der Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hat das Kind Geschwister? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Wenn ja, wie heißen sie und wie alt sind sie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurde das Kind schon einmal fremdbetreut? Ja \_\_\_\_ Nein \_\_\_\_

Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_

Welche Bezugspersonen hat das Kind noch außer Ihnen? \_\_\_\_\_

Hat das Kind feste Schlaf- und Essenszeiten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gibt es Rituale beim Essen? Ja \_\_\_\_ Nein \_\_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gibt es Nahrungsmittel, die das Kind nicht verträgt? Ja \_\_\_\_ Nein \_\_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Was ist das Lieblingsessen des Kindes? \_\_\_\_\_

Gibt es etwas, das Ihr Kind gar nicht isst? \_\_\_\_\_

Gibt es Rituale vor dem Mittagsschlaf? Ja \_\_\_\_ Nein \_\_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gibt es Rituale beim Wickeln? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Welche Lieblingsbeschäftigung hat Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Was ist Ihnen in der Erziehung wichtig? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Worauf sollte besonders geachtet werden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gibt es Allergien? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Kinderarzt und Adresse/ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankenkasse (Kopie der Krankenkassenkarte: \_\_\_\_\_

Welche Impfungen hat Ihr Kind? (Kopie des Impfausweises) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind chronische Erkrankungen? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente nehmen? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

(Hinweis auf Medikamentengabe in der Kindertagespflege!)

Ist das Kind anfällig für bestimmte Krankheiten?

- Erkältungen
- Bauchschmerzen
- Verdauungsproblemen
- Kopfschmerzen
- Ohrenschmerzen
- Pseudokrapp

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind bereits?

\_\_\_ Masern \_\_\_ Röteln \_\_\_ Mumps \_\_\_ Windpocken \_\_\_ Keuchhusten

Leidet Ihr Kind unter Koliken? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Ist es oft wund? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Hat es eine empfindliche Haut? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Benutzen Sie Wegwerfwindeln? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Hat Ihr Kind oft Durchfall? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Wenn ja, was tun Sie dagegen? \_\_\_\_\_

Hat es oft Verstopfung? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Wenn ja, was tun Sie dagegen? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind einen guten Appetit \_\_\_ oder ist es ein schlechter Esser \_\_\_

Wird Ihr Kind noch gestillt? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Wenn ja, zu welchen Zeiten? \_\_\_\_\_

Bekommt es eine besondere Ernährung? \_\_\_\_\_

Gibt es bestimmte Worte für bestimmte Dinge? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Darf Ihr Kind schon kleine Süßigkeiten? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_  
(Sind in der Kindertagespflege die Ausnahmen!)

Benötigt Ihr Kind einen Schnuller, ein Kuscheltuch oder ein Kuscheltier?

Ja \_\_\_ Nein \_\_\_ Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

Geht das Kind manchmal auf das Töpfchen? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Gibt es dazu bestimmte Rituale? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gibt es Dinge, vor denen sich Ihr Kind fürchtet?

Hunde \_\_\_ andere Tiere \_\_\_\_\_ Gewitter \_\_\_\_\_

vor fremden Kindern \_\_\_ vor Erwachsenen \_\_\_\_\_

