



Fragebogen zur Erstberatung

Name der Eltern: _____

Name des Kindes: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Email: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____ Geschwister (Namen und Alter): _____

Lebensumstände (bitte ankreuzen): Sie sind...

die leibliche Mutter der leibliche Vater die Stiefmutter der Stiefvater _____

verheiratet verwitwet geschieden Lebenspartner alleinerziehend

Nur bei getrennt lebenden Eltern: das Kind lebt bei mir beim anderen Elternteil

Ihr Partner bei der Erziehung ist der Vater / die Mutter ein(e) neue(r) Partner(in)

Arbeiten Sie ganztags, halbtags oder sind Sie Familienfrau bzw. -mann?

Wer betreut das Kind, wann und wo? Wer macht mit ihm die Hausaufgaben, wer lernt mit ihm?

Bisher besuchte Betreuung oder Einrichtungen (Krippe, Hort, Kindergarten, Schule, Therapien...), Umfang und Zeitraum:



Was hat Ihr Kind für Hobbies oder Vorlieben? Was macht / mag es gar nicht gern?

Wie oft beschäftigt sich Ihr Kind mit folgenden Aktivitäten - bitte kreuzen Sie an und tragen Sie bei täglichen Aktivitäten die ungefähre Dauer ein:

	täglich (bitte Dauer angeben)	1-3 x pro Woche	1-4x pro Monat	seltener/ nie
Pflichten im Haushalt				
Vereine, Instrumentalunterricht u.ä.				
Konstruktionsspielzeug (Lego, Bausteine, Eisenbahn...)				
Spiel draußen				
Geschichten spielen (mit Puppen, Tieren, Figuren, Kaufladen...)				
Elektronischer Zeitvertreib (Im Internet surfen, Konsolen- und PC-Spiele...)				
Naturwissenschaftliche Interessen (Technik, Experimente, Naturerkundung, Computer programmieren...)				
Basteln, Malen, Werkeln, Handarbeiten, Kochen, Backen				
Bücher lesen				
Geschichten vorgelesen bekommen				
vorgelesene Geschichten nacherzählen				
Sprachspiele, Spiele ohne Spielzeug (ich sehe was, was du nicht siehst, Reimen, Fingerspiele, Rätsel...)				
Fernsehen				
Lernspiele (Lernbücher, MiniLük...)				
Musik machen, singen / Musik (bewusst) anhören				
Sonstiges:				

Hat bzw. hatte Ihr Kind gesundheitliche Probleme, die die Leistungsfähigkeit und das Lernen zeitweise beeinträchtigen (z.B. Mittelohrentzündung, Sehschwäche, langwierige Infektionskrankheit...)? Bitte geben Sie Art, Häufigkeit und Dauer der Erkrankung an.
