

## Fragebogen zur Vorbereitung der Eingewöhnung von Kindern unter 3 Jahren in der Kindertagespflege

Datum: \_\_\_\_\_ Beginn der Eingewöhnung: \_\_\_\_\_

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

Eingewöhnender Elternteil: \_\_\_\_\_

### 1. Familiäres Umfeld

1.1 Wer gehört zur Familie Ihres Kindes? (auch Alter und Geschlecht der Geschwister)

\_\_\_\_\_

Wer sind die Hauptbezugspersonen Ihres Kindes?

Kulturelle Besonderheiten:

1.2 Welche Sprache wird zu Hause gesprochen?

Welcher Religion gehören Sie an?

Welche Feste usw. sind für Sie wichtig?

Gibt es Besonderheiten, auf die Rücksicht genommen werden soll?

Gibt es Speisen, die Ihr Kind nicht essen soll?

1.3 Ist Ihr Kind zurzeit belastet durch Veränderung seiner Lebenssituation (z.B. Umzug, Geburt eines Geschwisterkindes, Trennung der Eltern, Eingewöhnung in einer Kita, sonstiges?)

Wurde das Kind bisher schon von anderen Personen betreut?

1.4 z. B. Oma, Babysitter, Tagespflegeperson

O nein                      O ja: \_\_\_\_\_

Gab es dabei Schwierigkeiten? Wenn ja, welche?

Nutzen Sie bestimmte Begrüßungs- und Abschiedsrituale?

- 1.5 Gab es längere Krankheiten, Krankenhausaufenthalte und / oder Kuren des Kindes?  
Wenn ja, wann und wie lange?  
Besonderheiten dabei?

## 2. Entwicklungsschritte

Gibt es Besonderheiten im bisherigen Entwicklungsverlauf Ihres Kindes?

nein  ja:

Wurden oder werden aktuell unterstützende Therapien in Anspruch genommen?

nein  ja:

Wenn ja: Soll die Tagespflegeperson diesbezüglich im Umgang mit Ihrem Kind etwas beachten?

nein  ja:

### 2.1 Sauberkeitserziehung:

Haben Sie mit der Sauberkeitserziehung bereits begonnen?

nein  ja: im Alter von \_\_\_\_ Monaten

Benutzt Ihr Kind die Toilette oder den Topf? \_\_\_\_\_

Braucht es Hilfe dabei?  nein  ja:

Sagt Ihr Kind, wenn es muss?  ja: \_\_\_\_\_

manchmal  gar nicht

Welches Wort verwenden Sie für Wasser lassen und Stuhlgang?

Wasser lassen: \_\_\_\_\_ Stuhlgang: \_\_\_\_\_

Welche Ausdrücke benutzt Ihr Kind dafür?

Gibt es hierbei ein Ritual?

## 2.2 Wickelkinder

Wie und wo wird Ihr Kind zu Hause gewickelt?

Lässt es sich problemlos wickeln?  nein  ja:

Welche Windeln / Pflegemittel verwenden Sie?

Ist die Haut Ihres Kindes empfindlich?  nein  ja:

## 2.3 Zahnpflege:

Ist Ihr Kind an eine Zahnbürste gewöhnt?  nein  ja:

Welches Ritual gibt es beim Zähneputzen?

## 2.4 Sprachentwicklung:

Welche Worte versteht Ihr Kind?

Welche Worte spricht Ihr Kind?

Spricht es Ein- oder Mehrwortsätze?

Spricht Ihr Kind deutlich?

Gibt es „Wortschöpfungen“, die nur Sie verstehen, die aber für die Tagespflegeperson von Bedeutung sein können?

Gibt es Signale Ihres Kindes, die die Tagespflegeperson kennen sollte?

## 2.5 Motorische Entwicklung

Kann Ihr Kind krabbeln / robben?

Kann Ihr Kind alleine sitzen?

Läuft es sicher / unsicher?

Kann Ihr Kind alleine Treppen steigen?  nein  ja:

## 3. Sozial- und Spielverhalten

Hat Ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern?  nein  ja:

Welche Erfahrungen hat Ihr Kind mit anderen Kindern z.B. in der Krabbelgruppe?

Wie spielt Ihr Kind am liebsten?  alleine  mit anderen Kindern  mit Erwachsenen

Womit spielt Ihr Kind zurzeit am liebsten?

Kann es sich einige Zeit allein beschäftigen?

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

Lässt es sich gerne vorlesen oder Geschichten erzählen?

ja  nein

Gibt es zurzeit Besonderheiten im Bereich des Sozialverhaltens?

z. B. Beißen, Schlagen, besondere Anhänglichkeit usw.

## 4. Essen und Trinken

Hat Ihr Kind im Allgemeinen  guten Appetit  schlechten Appetit

Hat es oft zwischen den Mahlzeiten Hunger?  nein  ja

Wenn ja, was tun Sie dann?

Wann bekommt Ihr Kind zurzeit seine Mahlzeiten?

Wie zeigt bzw. sagt es, dass es durstig oder hungrig ist?

Gibt es Lieblings Speisen / -getränke?

Welche Speisen lehnt es ab?

Gibt es Allergien oder Unverträglichkeiten?

Wo bekommt Ihr Kind seine Mahlzeiten? (Schoß, Hochstuhl usw.)

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

## 5. Schlafen

Schläft Ihr Kind tagsüber?

Wenn ja, zu welchen Zeiten?

Wo schläft es (Kinderwagen, eigenes Bett, Sofa etc.)

Schläft es lieber im Dunkeln oder im Hellen?

Benötigt es einen Schnuller oder eine andere „Einschlafhilfe“?

Gibt es ein „Zubettgeh“-Ritual?

Wie zeigt es, dass es müde ist?

Sonstiges?

## 6. Ängste des Kindes / Trauer

Wie ängstlich ist Ihr Kind im Allgemeinen?

nicht ängstlich

recht ängstlich

sehr ängstlich

Wovor fürchtet sich Ihr Kind?

(z. B. Tiere, Dunkelheit, Gewitter, „Monster“, laute Geräusche...)

Was hilft Ihrem Kind, wenn es sich fürchtet oder traurig ist?

## 7. Gesundheitszustand

Bereits durchgeführte Impfungen:

Diphtherie-Tetanus-Polio

Windpocken

Keuchhusten

Masern-Mumps-Röteln

Leidet Ihr Kind an Allergien, Unverträglichkeiten, oder chronischen Erkrankungen?

nein  ja, welche?

Wenn ja: Was ist zu beachten?

Hat Ihr Kind irgendwelche Behinderungen?

nein  ja, welche?

Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

nein  ja, welche und wie oft?

Hierzu muss ein gesondertes Formblatt zur Medikamentengabe ausgefüllt werden!

Sind besondere Maßnahmen im Umgang mit Ihrem Kind notwendig?

nein     ja, welche?

Ist Ihr Kind anfällig für bestimmte Erkrankungen?

Erkältungen

Ohrenschmerzen

Bauchschmerzen

Kopfschmerzen

Verdauungsstörung

Fieber

Pseudokrupp

Fieberkrampf

Wie reagiert Ihr Kind auf Fieber / erhöhte Temperatur?

Besondere Wünsche der Eltern im Krankheitsfall:

Bei Babies: Neigt Ihr Kind zu Blähungen / Koliken?










Wenn ja, was ist zu tun?

## 8. Sonstiges

Gibt es sonstige Wünsche, Anregungen, Bedenken oder Sorgen?

Hier ist Platz für Ihre Notizen:

## Was Ihr Kind für die Tagesbetreuung braucht. Bitte mitbringen!

-  Ein Übergangsobjekt (Schmusetuch, Kuscheltier...)
-  Windeln und Pflegeprodukte
-  Wechselkleidung
-  Matschhose und Gummistiefel
-  Hausschuhe oder Stoppersocken
-  ggf. Schlafsack und Schlafutensilien (Schnuller, Kuscheltier..)
-  ggf. Babynahrung / Gläschenkost
-  ggf. ausreichend Fläschchen bzw. Milchpulver u.Ä.
-  ggf. Trinkbecher
-  ggf. Kindersitz
-  ggf. Buggy
-  ...
-  ...
-  ...
-  ...
-  ...
-  ...

Bitte füllen Sie diesen Bogen aus und bringen Sie ihn zum Gespräch mit der Tagespflegeperson zur Vorbereitung der Eingewöhnungsphase mit.

Vielen Dank!