



# Sonderpädagogisches Förderzentrum München-West

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64600 ✉sfz-muenchen-west@muenchen.de

## Elternfragebogen

zu Ihrem Sohn / Ihrer Tochter

Liebe Erziehungsberechtigte, Sie kennen Ihr Kind am besten. Wir wollen Ihr Kind bestmöglich unterstützen und fördern. Daher ist es für uns wichtig, so viel wie möglich über Ihr Kind zu wissen (Umfeld, Belastungen, Fähigkeiten, Persönlichkeit). Wir bitten Sie darum, diesen Fragebogen nach bestem Wissen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht, von der nur Sie uns entbinden können. Vielen Dank!

_____	_____	_____
Name, Vorname	geboren am	in Ort/Land
_____	_____	_____
Anschrift	Staatsangehörigkeit	Konfession
_____	_____	_____
Krankenkasse	behandelnder Hausarzt	in Deutschland seit (Datum)

### Angaben zu den Eltern

Vater	Name	Vorname	geboren am
	aufgewachsen in	Anschrift	
	derzeitige Tätigkeit	Muttersprache	Telefonisch erreichbar unter:
Mutter	Name	Vorname	geboren am
	aufgewachsen in	Anschrift	
	derzeitige Tätigkeit	Muttersprache	Telefonisch erreichbar unter:
Sonstige Bezugspersonen oder Erziehungsberechtigte	Name, Vorname	Anschrift	
	Verhältnis zu o.g. Kind	telefonisch erreichbar unter	

Die Eltern sind  verheiratet  Lebensgemeinschaft  getrennt lebend  geschieden

Das Kind lebt bei  den Eltern  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt ist / sind \_\_\_\_\_

Aufenthaltsstatus (Ausländer, Asylbewerber, Kriegsflüchtling, Asylant, sonst. Zuzug): \_\_\_\_\_

## Familiäre Situation

Geschwister / Halbgeschwister

Kind von:

_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname	Geburtsjahr	Kindergarten/Schule/Beruf	beiden	Mutter	Vater
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname	Geburtsjahr	Kindergarten/Schule/Beruf	beiden	Mutter	Vater
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname	Geburtsjahr	Kindergarten/Schule/Beruf	beiden	Mutter	Vater
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname	Geburtsjahr	Kindergarten/Schule/Beruf	beiden	Mutter	Vater

Sie leben mit dem Kind und \_\_\_\_\_ in ...

Unterkunft/Heim  Sozialwohnung \_\_\_ Zi.  Mietwohnung \_\_\_ Zi.  Eigentumswohnung \_\_\_ Zi.  Haus

Welche Sprache wird in der Familie gesprochen? \_\_\_\_\_

Welche Sprachen spricht Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Welche Sprachen versteht Ihr Kind? \_\_\_\_\_

## Betreuung und Förderung: Hat Ihr Kind einen Kindergarten besucht?

nein  ja \_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_ Std./täglich Fand ein Kindergartenwechsel statt?  nein  ja

zuletzt besuchte Einrichtung: \_\_\_\_\_

Ihr Kind wurde bisher speziell untersucht oder gefördert durch ...

sonstiges \_\_\_\_\_  
Kinderpsychologe Pädaudiologe Logopädie Ergotherapie Verhaltenstherapie

Zeitpunkt u. Dauer: \_\_\_\_\_

## Medizinische Angaben (Bitte Kopie U9, gelbes Heft abgeben!)

Ist Ihr Kind geimpft?     
gar nicht die Empfohlenen zum Teil \_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind unter festgestellten Krankheiten oder Einschränkungen?  nein  ja  
        
Sehschwäche Schwerhörigkeit AD(H)S körperl. Einschränkung Allergien Anfallsleiden sonstiges

Therapie/Medikamente: \_\_\_\_\_

Augenarzt untersucht?  nein  ja \_\_\_\_\_ Hörtest gemacht?  nein  ja \_\_\_\_\_

War bei Ihrem Kind schon einmal ein Krankenhausaufenthalt nötig?  nein  ja

im Jahr \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

## Entwicklung Ihres Kindes

### Schwangerschaftsverlauf:

normal       Diabetes       Komplikationen \_\_\_\_\_

### Geburt:

normal       Kaiserschnitt       Frühgeburt       übertragen       Komplikationen \_\_\_\_\_

### Sprachentwicklung:

normal       verspätet       sehr früh       Deutsch auffällig       andere (Mutter)Sprache auffällig

Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_

### Sauberkeit:

Ist Ihr Kind tagsüber trocken?       nein       ja, mit ca. \_\_\_\_\_ Jahren  
Ist Ihr Kind nachts trocken?       nein       meist       ja, mit ca. \_\_\_\_\_ Jahren

### Motorische Entwicklung und Selbstständigkeit:

Ist Ihr Kind gekrabbelt, bevor es laufen lernte?       ja       nein      freies Laufen mit ca. \_\_\_\_\_ Mon.

### Was kann Ihr Kind schon alleine?

sich anziehen       sich ausziehen       Schuhe binden       mit Besteck essen       aufräumen       sich alleine beschäftigen

### Gab es im Leben Ihres Kindes Ereignisse, die seine Entwicklung beeinflusst haben könnten?

Umzug       Trennung d. Eltern       Tod einer Bezugspers.       Krankheit einer Bezugspers.       sonstiges \_\_\_\_\_

### Persönlichkeit und Verhalten Ihres Kindes:

Welche Stärken hat Ihr Kind? Was ist besonders toll an Ihrem Kind?

\_\_\_\_\_

Was fällt Ihrem Kind schwer? Wo benötigt es noch Hilfe? Was muss es noch lernen/üben?

\_\_\_\_\_

### Ihr Kind spielt meist / am liebsten:

alleine       mit einem Freund       mit einer Freundin       mit Geschwistern       mit Nachbarskindern       mit Eltern       sonstige \_\_\_\_\_

Rollenspiele       Brettspiele       Computerspiele       Kartenspiele       Lernspiele       Malen/Basteln       Laufspiele       Ballspiele       sonstiges \_\_\_\_\_

Ihr Kind schläft:       allein       allein ein       von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_       die ganze Nacht durch

mit \_\_\_\_\_       wacht mehrfach auf \_\_\_\_\_

München, den \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten