

## „Elternfragebogen“

An den  
Landkreis Aurich  
Amt für Jugend und Soziales  
Fräuleinshof 3  
26506 Norden

### Persönliche Daten des Kindes

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich  divers

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigte Person:  Eltern  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

**Mutter:** Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_  Vollzeit  Teilzeit

Telefon: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

**Vater:** Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_  Vollzeit  Teilzeit

Telefon: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

Familiensprache: \_\_\_\_\_

*Erhält Ihr Kind zurzeit besondere Therapien, Förderangebote oder Hilfen?*

Krankengymnastik: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Ergotherapie: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Sprachtherapie: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Frühförderung: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

- Andere Hilfen:
  Familienhilfe  
 Erziehungshilfe  
 Tagespflegerperson (z.B. Tagesmutter)  
 Psychotherapie

*Nimmt Ihr Kind sonstige Betreuungs- oder fördernde Angebote (z.B. Sport- oder Spielgruppen, etc.) wahr?*

*Welche behandelnden Ärzte\*innen suchen Sie, mit Ihrem Kind, auf?*

- Augenarzt\*innen: \_\_\_\_\_ (Name, Ort)  
 Hals-Nasen-Ohren-Arzt\*innen: \_\_\_\_\_ (Name, Ort)  
 Orthopäde\*innen: \_\_\_\_\_ (Name, Ort)  
 Sozialpädiatrisches Zentrum: \_\_\_\_\_ (Ort)  
 Pädaudiologe\*innen: \_\_\_\_\_ (Name, Ort)  
 Psychiater\*innen, Psychologe\*innen: \_\_\_\_\_ (Name, Ort)  
 Kinderarzt\*innen: \_\_\_\_\_ (Name, Ort)  
 Allgemeinmediziner\*innen/Hausarzt\*innen: \_\_\_\_\_ (Name, Ort)  
 Andere: \_\_\_\_\_

*Liegen aktuelle Berichte oder Dokumentationen aus Therapien, Förderangeboten oder Arztbesuchen, insbesondere des (Sozialpädiatrischen Zentrums vor?*

- Nein
  Ja (Welche?) \_\_\_\_\_ ***(bitte beifügen!!)***

*Erhält Ihr Kind regelmäßig Medikamente?*

- Nein
  Ja (Wie oft? Welche?) \_\_\_\_\_

*Nutzt Ihr Kind irgendwelche Hilfsmittel?*

- Sehen (z.B. Brille, Lupe) \_\_\_\_\_
- Hören (z.B. Hörgerät) \_\_\_\_\_
- Gehen (z.B. Orthese, Rollstuhl) \_\_\_\_\_
- Sprache (z.B. Talker) \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

*Hat Ihr Kind Krankheiten, die derzeit eine regelmäßige ärztliche Behandlung erfordern?*

- Nein
  Ja (Welche?) \_\_\_\_\_

*Hat Ihr Kind körperliche Einschränkungen?*

- Nein
  Ja (Welche?) \_\_\_\_\_

Sind bei Ihrem Kind in nächster Zeit Operationen geplant?

Nein  Ja (Welche?) \_\_\_\_\_

Bekommt Ihr Kind sozialrechtliche Hilfen?

Nein  Ja  Pflegegrad \_\_\_\_\_  
 Behindertenausweis, GdB \_\_\_\_\_  
 Andere: \_\_\_\_\_

Wer hat Ihnen zu diesem Antrag geraten? Z.B. Kinderarzt\*innen, Kindergarten, Therapeuten\*innen, Bekannte, Freunde, Familie, sonstige?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn Ihr Kind bereits einen Kindergarten besucht. Geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten?

\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind eine\*n Spielgefährten\*innen im Kindergarten und/oder im privaten Bereich?

\_\_\_\_\_

Was macht Ihr Kind in der Freizeit? Mit wem spielt es? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie verhält sich Ihr Kind zu Hause, im Umgang mit Eltern und Geschwistern?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welchen Wunsch haben Sie? Was soll sich durch die Betreuung als Integrationskind verbessern?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie könnte die weitere Förderung oder weitere Angebote für Sie und Ihr Kind aussehen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

