

Fragebogen für Kinder

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus.

Name, Vorname Kind:			
Geburtsdatum Kind:			
Erziehungsberechtigte/r:	Name:	Vorname:	
Weitere/r Erziehungsberechtigte/r	Name:	Vorname:	
	Anschrift:		
Handynummer:			
E-Mail-Adresse:			
1. Lebenssituation des Kindes			
<input type="checkbox"/> lebt im häuslichen Bereich <input type="checkbox"/> lebt in einer Einrichtung, wenn ja welche _____			
Welche Institution besucht Ihr Kind?			
<input type="checkbox"/> Regelkindergarten <input type="checkbox"/> integrativer / heilpädagogischer Kindergarten <input type="checkbox"/> Regelschule <input type="checkbox"/> Förderschule für _____ <input type="checkbox"/> Tagesförderstätte <input type="checkbox"/> Werkstatt <input type="checkbox"/> keine Institution			
Bekommt Ihr Kind Einzelbetreuung?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ Std. pro Woche <input type="checkbox"/> in der Institution <input type="checkbox"/> mit Integrationskraft <input type="checkbox"/> in der Freizeit <input type="checkbox"/> ohne Integrationskraft <input type="checkbox"/> Assistenzpflege _____ Std. pro Tag			
2. Gesundheitliche Situation			
Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Pflegegrad: _____			
Mein Kind ist erkrankt an	ja	nein	Art der Behinderung / Erkrankung
<input type="checkbox"/> Diagnose:			
<input type="checkbox"/> körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Schwerst Mehrfachbehinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Welche Art:</u> <u>Wie häufig?:</u> <u>Letzter Anfall?:</u>
<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Welche Art:</u>

3. Angaben zu Ihrem Kind und dessen Pflegesituation			
Mein Kind benötigt folgende Hilfsmittel			
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	Persönliches Hilfsmittel; ist mitzubringen	
Rehabuggy / Buggy	<input type="checkbox"/>	Persönliches Hilfsmittel; ist mitzubringen	
Rollator	<input type="checkbox"/>	Persönliches Hilfsmittel; ist mitzubringen	
Stehständer	<input type="checkbox"/>	Persönliches Hilfsmittel; ist mitzubringen	
Orthesen	<input type="checkbox"/>	Persönliches Hilfsmittel; ist mitzubringen	
Überwachungsmonitor	<input type="checkbox"/>	Persönliches Hilfsmittel; ist mitzubringen	
Sauerstoffgerät	<input type="checkbox"/>	Persönliches Hilfsmittel; ist mitzubringen	
Lagerungshilfen	<input type="checkbox"/>	Persönliches Hilfsmittel; ist mitzubringen	
Sonstige Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	Welche: _____	
Körperhygiene	ja	nein	
Mein Kind kann selbständig zur Toilette gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind wird gewickelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persönliches Hilfsmittel; ist mitzubringen. Achtung: Die Krankenkassen haben Verträge mit Windellieferanten getroffen. Falls Sie während des Aufenthaltes Windeln über Rezept beziehen möchten, klären Sie dies im Vorfeld mit Ihrer Krankenkasse.
Mein Kind benötigt Hilfe beim Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind benötigt Hilfe bei der Körperhygiene während der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bitte bringen Sie benötige Hygieneartikel in ausreichender Zahl mit.
Mit meinem Kind sollte Toilettentraining gemacht werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind wird katheterisiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bitte bringen Sie benötige Hilfsmittel für die Dauer des Aufenthaltes in ausreichender Zahl mit.
Mein Kind hat einen Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bitte bringen Sie benötige Hilfsmittel für die Dauer des Aufenthaltes in ausreichender Zahl mit.
Ernährung	ja	nein	
Mein Kind kann selbständig essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Meinem Kind wird das Essen angereicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind benötigt eine spezielle Diät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Welche:</u> Bitte beachten Sie, dass vor Beginn der Maßnahme wir für diese Diäten ein Attest des Kinderarztes oder des Hausarztes vorliegen muss.
Mein Kind hat Nahrungsmittelunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Welche:</u>
Mein Kind benötigt eine Reduktionskost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind wird mit Sondenkost ernährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bitte bringen Sie die benötige Sondenkost in ausreichender Menge mit
Mein Kind benötigt pürierte Kost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Kostform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind hat besondere Essgewohnheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Welche:</u>

Schlafgewohnheiten	ja	nein	
Mein Kind benötigt ein Bett mit speziellem Rausfallschutz (Kayserbett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Größe: <input type="checkbox"/> (0,9m X 1,77m) <input type="checkbox"/> (0,9m X 2,0m)
Mein Kind schläft im kleinen Kinderbett mit Gittern (0,6m X 1,2m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind schläft im Standardbett (0,9m X 2,0m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind benötigt im Standardbett einen Rausfallschutz mit einer Höhe von 30 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind schläft im höhenverstellbaren Pflegebett (0,9m X 2,0m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind macht Mittagsschlaf oder benötigt um die Mittagszeit eine Ruhephase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind kann abends nicht allein im Zimmer bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mobilität	ja	nein	(bitte näher beschreiben)
Mein Kind ist kann schwimmen und fühlt sich wohl im Wasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind kann selbständig und ohne Hilfe gehen und laufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind bewegt sich gerne und viel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verständigung / Wie kommuniziert Ihr Kind?	ja	nein	(bitte näher beschreiben)
Mein Kind versteht Lautsprache / Aktivsprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind kommuniziert über Mimik, Gestik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind kommuniziert über Gebärden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind kommuniziert über Hilfsmittel z.B. Talker ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welches:
Mein Kind lautiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind kann lesen und schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wichtige weitere Informationen zur Kommunikation			
4. Verhaltensweisen des Kindes	ja	nein	(bitte näher beschreiben oder ankreuzen)
Zeigt Ihr Kind verletzendes Verhalten? Wenn Ja welches.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schlagen <input type="checkbox"/> Kratzen <input type="checkbox"/> Beißen <input type="checkbox"/> Spucken <input type="checkbox"/> wirft Gegenstände _____
Zeigt Ihr Kind autoaggressives / fremdaggressives Verhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welches:
Stört es Ihr Kind, wenn es laut ist? Wie reagiert Ihr Kind darauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gibt es Verhalten, das ihr Kind triggert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lautstärke <input type="checkbox"/> Hektik <input type="checkbox"/> neue Umgebung <input type="checkbox"/> viele Menschen _____
Wie äußert sich Angst und Unsicherheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Was braucht Ihr Kind um sich zu beruhigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Im Umgang mit anderen Kindern / bzw. in der Gruppe ist mein Kind...	<input type="checkbox"/> Kontaktfreudig <input type="checkbox"/> Scheu <input type="checkbox"/> Offen <input type="checkbox"/> eher zurückhaltend <input type="checkbox"/> eher einzelgängerisch
Mein Kind hat Freude an	<input type="checkbox"/> Musik <input type="checkbox"/> Basteln <input type="checkbox"/> Lesen <input type="checkbox"/> Bewegung <hr/>
<p>Beschreiben Sie bitte besondere Verhaltensweisen, wie z. B. <i>ruhig, zurückgezogen, ängstlich, steht gern im Mittelpunkt, Wirbelwind, hyperaktiv, kontaktfreudig, aktiv, arbeitet am liebsten allein, passiv, selbstbewusst, agil, lebhaft, sensibel, bleibt gerne im Hintergrund, usw.</i></p>	

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort und Datum

Unterschrift