

Elternfragebogen Kindertagespflege

1. Persönliche Daten

Sorgeberechtigte Personen

(1) Vor- und Nachname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

(2) Vor- und Nachname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Zu betreuendes Kind

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Arbeitgeber*in der*des Sorgeberechtigten (1): _____

Adresse: _____

Telefonnummer, unter der die Person bei der Arbeit zu erreichen ist: _____

Arbeitgeber*in der*des Sorgeberechtigten (2): _____

Adresse: _____

Telefonnummer, unter der die Person bei der Arbeit zu erreichen ist: _____

Eine weitere Bezugsperson, die im Notfall angerufen werden kann

Vor- und Nachname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Personen, die neben den Sorgeberechtigten das Kind abholen dürfen

Vor- und Nachname: _____

Telefon: _____

Vor- und Nachname: _____

Telefon: _____

2. Bisherige Entwicklung des Kindes

Wie ist das erste Lebensjahr Ihres Kindes verlaufen? Gab es Besonderheiten, die für die Betreuung relevant sind? _____

Gab es bei der Geburt Komplikationen (z. B. Frühgeburt), die für die Betreuung relevant sind?

nein

ja, und zwar: _____

War Ihr Kind bereits in der Fremdbetreuung in Kita oder Kindertagespflege?

ja

nein

Wurde es von anderen Personen betreut?

(z. B. Babysitter, Großeltern)

ja

nein

3. Gesundheitszustand des Kindes

Ist Ihr Kind bereits gegen Masern geimpft?

ja nein

Hat Ihr Kind alle von der ständigen Impfkommision (STIKO) für das Alter empfohlenen Impfungen erhalten?

ja nein

Leidet Ihr Kind an ärztlich attestierten/bestätigten Allergien, Unverträglichkeiten oder chronischen Erkrankungen?

nein ja, folgende: _____

Hat Ihr Kind irgendwelche Behinderungen oder bestehen ärztliche Diagnosen?

nein ja, folgende: _____

Falls ja, was ist auf Grundlage dessen im Alltag zu beachten?

Muss Ihr Kind auf ärztliche Anordnung hin regelmäßig während der Betreuungszeit Medikamente einnehmen?

nein ja, welche und wie oft: _____

Sind besondere Maßnahmen/Unterstützungsangebote im Umgang mit Ihrem Kind erforderlich?

nein ja, welche: _____

Ist Ihr Kind anfällig für bestimmte Erkrankungen?

- Erkältungen Bauchschmerzen Verdauungsstörung Pseudokrapp
 Kopfschmerzen Ohrenschmerzen Fieberkrampf

Wie reagiert Ihr Kind in der Regel auf Fieber und erhöhte Temperatur?

Besondere Wünsche der Eltern für den Fall einer Erkrankung:

Ist die Haut Ihres Kindes sehr empfindlich?

- ja nein

Hat Ihr Kind häufiger wunde Stellen im Windelbereich?

- ja nein

Reagiert die Haut Ihres Kindes auf etwas gereizt? _____

Welche Pflegeprodukte verwenden Sie für Ihr Kind (z. B. Sonnencreme, Wundschutzcreme etc.)? _____

4. Ess- und Trinkgewohnheiten

Ihr Kind hat im Allgemeinen einen

- guten Appetit schlechten Appetit übergroßen Appetit

Welches Wort benutzt Ihr Kind, wenn es Hunger hat (sofern es das bereits verbal äußern kann)?

Welches Wort benutzt Ihr Kind, wenn es Durst hat (sofern es das bereits verbal äußern kann)?

Wann bekommt Ihr Kind in der Regel seine Mahlzeiten (ca.)?

um ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Uhr

Wird Ihr Kind gestillt?

ja nein

Bekommt Ihr Kind Prenahrung/Folgemilch?

nein ja, welche und wann während der Betreuungszeit: _____

Benötigt Ihr Kind eine besondere Ernährung (z. B. glutenfrei)?

nein ja, wie sieht diese aus: _____

Was isst Ihr Kind am liebsten? _____

Was mag es gar nicht? _____

Füttern Sie das Kind?

nein ja

Womit isst Ihr Kind bevorzugt?

mit den Händen mit dem Löffel mit der Gabel

Isst Ihr Kind regelmäßig Süßigkeiten?

ja nein

Darf Ihr Kind in der Kindertagespflege Süßigkeiten bekommen?

ja nein nur zu besonderen Anlässen (z.B. Geburtstage)

5. Sauberkeitsentwicklung

Zeigt Ihr Kind bereits Interesse an Topf oder Toilette?

ja nein

Welches Wort verwenden Sie für „Wasser lassen“ und „Stuhlgang“?

Wasser lassen: _____

Stuhlgang: _____

Benutzt Ihr Kind schon

den Topf? ja nein

die Toilette? ja nein

Benutzen Sie Wegwerfwindeln?

ja nein

Wenn nein, was benutzen Sie stattdessen: _____

Gibt es zum Thema „Sauberkeitsentwicklung“ weitere Besonderheiten, auf die in der

Kindertagespflege geachtet werden sollte? _____

6. Schlafgewohnheiten

Schläft Ihr Kind während des Tages?

ja, von _____ bis _____ Uhr unterschiedlich nein

Welche Schlafhilfen können Ihr Kind beim Mittagsschlaf unterstützen (z.B. Kuscheltier,

Übergangsobjekt, Schmusetuch, Schnuller, Hand halten etc.)? _____

7. Spielverhalten

Womit spielt Ihr Kind gern? _____

Gibt es Themen oder Interessen, für die sich Ihr Kind aktuell besonders begeistert? _____

Wie verhält sich Ihr Kind in Spielsituationen mit anderen Kindern? _____

Gibt es Spielsituationen, die Ihrem Kind schwerfallen? _____

8. Unsicherheiten und Ängste des Kindes

Gibt es Situationen oder Dinge, vor denen sich Ihr Kind fürchtet? _____

Woran erkennen Sie, dass Ihr Kind Angst hat oder sich unsicher fühlt? _____

Was hilft Ihrem Kind in solchen Momenten, um sich zu beruhigen (z.B. Schnuller, Kuscheltier, Fotos der Familie, auf den Arm nehmen, Wippen, Singen etc.)? _____
