

# DAS BIN ICH

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

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

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_

Religionsbekenntnis: \_\_\_\_\_

Herkunft der Eltern: \_\_\_\_\_

Name und Geburtsdatum der Geschwister: \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind rein?

am Tag

in der Nacht

Windel zum Schlafen

Sind bei dem Kind chronische Krankheiten, Allergien oder sonstige Beeinträchtigungen bekannt?

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

Benötigt es Medikamente oder eine besondere Behandlung?

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

Ist Ihr Kind in regelmäßiger Betreuung? (Therapie, Hausarzt, ...) War das Kind schon einmal im Krankenhaus?

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

Welche Erkrankungen hat Ihr Kind bisher gehabt? (Krampfanfälle, Fieberkrämpfe, ...)

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

Welche Sprache wird in der Familie gesprochen?

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

Mit welchen Familienmitgliedern lebt das Kind zusammen? Mit wem hat das Kind den meisten Kontakt?

---

---

Gibt es weitere Bezugspersonen? (Tagesmutter, ...)

---

---

Hat das Kind Kontakt zu gleichaltrigen Kindern?

---

---

Was spielt das Kind gerne mit anderen Kindern?

---

---

Was spielt es gerne alleine?

---

---

Was spielt es gerne mit Ihnen?

---

---

Gibt es sonstige Themen, an denen das Kind besonders interessiert ist?

---

---

Ist das Kind in manchen Situationen schreckhaft und ängstlich? (laute Geräusche, ...)

---

---

Wie ist das Essverhalten des Kindes? (Selbständigkeit, Vorlieben, Abneigungen, Rituale, Frühstück, Jause zu Hause, ...)

---

---

Gibt es Speisen, die Ihr Kind aus medizinischen oder religiösen Gründen nicht essen darf oder kann?

---

---

Wie ist das Schlafverhalten des Kindes? (Einschlafrituale, Schlafrhythmus, ...)

---

---

Hat es in Ihrer Familie in letzter Zeit Ereignisse gegeben, von denen wir wissen sollten, um Ihr Kind besser verstehen zu können? (Trennung, beginnende Berufstätigkeit der Eltern, Geschwister, Todesfall, ...)

---

---

Bitte geben Sie uns bitte auch in Zukunft Bescheid, wenn derartige Veränderungen im Leben Ihres Kindes eintreten.

Welche Erwartungen haben Sie an den Kindergarten?

---

---

Was sollten wir sonst noch über Ihr Kind wissen? 😊

---

---

---

---