



Fragebogen für Kinder**

* Pflichtfeld ** die Betreuung Ihres Kindes (auch als Einzelbetreuung) setzt eine Betreuung in der Gruppe voraus!

Name, Vorname Kind:			
Geburtsdatum Kind:			
Erziehungsberechtigte/r:	Name:	Vorname:	
Weitere/r Erziehungsberechtigte/r	Name:	Vorname:	
	Anschrift:		
Handynummer:			
E-Mail-Adresse:			
1. Lebenssituation des Kindes			
☐ lebt im häuslichen Bereich ☐ lebt in einer Einrichtung, wenn ja welche _____			
Welche Institution besucht Ihr Kind?			
☐ Regelkindergarten ☐ integrativer / heilpädagogischer Kindergarten ☐ Regelschule ☐ Förderschule für _____ ☐ besucht aktuell keine Institution ☐ Tagesförderstätte ☐ Werkstatt ☐ * Mein Kind wird dort _____ Stunden täglich betreut ☐ * Mein Kind besucht keine Institution ☐ * Gruppengröße in der Institution: ____ bis ____ Kinder			
Bekommt Ihr Kind Einzelbetreuung? *			
☐ nein ☐ ja, _____ Std. pro Woche ☐ in der Institution ☐ mit Integrationskraft ☐ in der Freizeit ☐ ohne Integrationskraft ☐ Assistenzpflege _____ Std. pro Tag / _____ Std. pro Tag ☐ durch eine Pflegefachkraft _____ Std. pro Tag			
2. Gesundheitliche Situation des Kindes			
Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Pflegegrad: _____ Grad SB: _____ Merkmal: _____			
Mein Kind ist erkrankt an / Art der Behinderung / Erkrankung			
☐ Diagnose / ICD:			
☐ Art der Behinderung			
	ja	nein	
☐ Anfallsleiden	☐	☐	<u>Welche Art:</u> <u>Wie häufig?</u> <u>Letzter Anfall?</u>
☐ Allergien	☐	☐	<u>Welche Art:</u>

3. Angaben zu Ihrem Kind und dessen Pflegesituation			
Mein Kind benötigt folgende Hilfsmittel			
☐ Rollstuhl	☐ _____	Persönliches Hilfsmittel; ist mitzubringen	
☐ Rehabuggy	☐ Buggy	Persönliches Hilfsmittel; ist mitzubringen	
☐ Rollator		Persönliches Hilfsmittel; ist mitzubringen	
☐ Stehständer	☐ Orthesen	Persönliches Hilfsmittel; ist mitzubringen	
☐ Überwachungsmonitor	☐ Tag ☐ Nacht	Persönliches Hilfsmittel; ist mitzubringen	
☐ Sauerstoffgerät	☐ Absauggerät	Persönliches Hilfsmittel; ist mitzubringen	
☐ Lagerungshilfen		Persönliches Hilfsmittel; ist mitzubringen	
☐ Sonstige Hilfsmittel		<u>Wenn ja, welche:</u> _____ _____	
Körperhygiene	ja	nein	
Mein Kind geht selbständig zur Toilette	☐	☐	
Mein Kind wird gewickelt	☐	☐	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 wird ____ Mal pro Tag katheterisiert	☐	☐	Bitte bringen Sie benötigte Hilfsmittel für die Dauer des Aufenthaltes mit.
Mein Kind hat einen Dauerkatheter	☐	☐	Bitte bringen Sie benötigte Hilfsmittel für die Dauer des Aufenthaltes in ausreichender Zahl mit.
Ernährung	ja	nein	
Mein Kind kann selbständig essen	☐	☐	
Mein Kind hat Nahrungsmittelunverträglichkeiten	☐	☐	<u>Wenn ja, welche:</u>
Mein Kind wird mit Sondenkost ernährt	☐	☐	Bitte bringen Sie die benötigte Sondenkost in ausreichender Menge mit
Mein Kind benötigt pürierte Kost	☐	☐	
Mein Kind benötigt eine spezielle Diät	☐	☐	<u>Wenn ja, 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 eine besondere Kostform bzw. besondere Essgewohnheiten	☐	☐	<u>Wenn ja, welche:</u> Bitte beachten Sie, dass wir eine vegane Ernährung nicht anbieten.
Schlafgewohnheiten	ja	nein	
Mein Kind benötigt ein Bett mit speziellem Rausfallschutz (Kayserbett)	☐	☐	Größe: ☐ (0,9m X 1,77m) ☐ (0,9m X 2,0m)
Mein Kind schläft im kleinen Kinderbett mit Gittern (0,6m X 1,2m)	☐	☐	
Mein Kind schläft im Standardbett (0,9m X 2,0m)	☐	☐	
Mein Kind benötigt im Standardbett einen Rausfallschutz mit einer Höhe von 30 cm	☐	☐	
Mein Kind schläft im höhenverstellbaren Pflegebett (0,9m X 2,0m)	☐	☐	

Mobilität	ja	nein	(bitte näher beschreiben)
Mein Kind bewegt sich gerne und viel	☐	☐	
Mein Kind kann selbständig und ohne Hilfe gehen und laufen	☐	☐	
Verständigung / Wie kommuniziert Ihr Kind?	ja	nein	(bitte näher beschreiben)
Mein Kind versteht Lautsprache / Aktivsprache	☐	☐	
Mein Kind kommuniziert über Mimik, Gestik, Gebärden	☐	☐	
Mein Kind kommuniziert über Hilfsmittel z.B. Talker ...	☐	☐	<u>Welches:</u>
Mein Kind lautiert	☐	☐	
Wichtige weitere Informationen zur Kommunikation			
4. Verhaltensweisen des Kindes *	ja	nein	(bitte näher beschreiben oder ankreuzen)
Stört es Ihr Kind, wenn es laut ist? Wie reagiert Ihr Kind darauf?	☐	☐	
Gibt es Verhalten, das ihr Kind triggert?	☐	☐	☐ Lautstärke ☐ Hektik ☐ neue Umgebung ☐ viele Menschen ☐ _____
Zeigt Ihr Kind autoaggressives / fremdaggressives Verhalten?	☐	☐	<u>Welches:</u>
Zeigt Ihr Kind verletzendes Verhalten? Wenn ja, welches.	☐	☐	☐ Schlagen ☐ Kratzen ☐ Beißen ☐ Spucken ☐ wirft Gegenstände _____
Mein Kind ist in psychiatrischer / psychotherapeutischer Behandlung	☐	☐	<u>Wenn ja: seit wann und wie häufig:</u>
Mein Kind hat Freude an	☐ Musik ☐ Basteln ☐ Lesen ☐ Bewegung ☐ _____		
Sozialverhalten*			
Kann Ihr Kind Regeln und Grenzen gut einhalten?	☐ ja ☐ nein ☐ _____		
Mein Kind kann sich kurzfristig allein beschäftigen	☐ ja ☐ nein		
Mein Kind spielt gerne mit anderen Kindern	☐ ja ☐ nein		
Mein Kind hat besondere Freude / Spaß an....	☐ _____		
Mein Kind mag es nicht....	☐ _____		
Mein Kind ist hyperaktiv	☐ ja ☐ nein		

Beschreiben Sie bitte besondere Verhaltensweisen, falls sie im Fragebogen noch nicht adressiert wurden:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Unterschrift _____