



# Erstes Elterngespräch

## Persönliche Familiendaten

Vorname des Kindes	Nachname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
Vorname der Mutter	Nachname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
Vorname des Vaters	Nachname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort

## Daten zur Betreuung

Geplanter Beginn der Betreuung	Eingewöhnungszeit	Art der Betreuung Privat <input type="checkbox"/> Öffentlich gefördert <input type="checkbox"/>
--------------------------------	-------------------	---

## Betreuungszeiten

Tag	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
von..bis							
Stunden							
Wochenstunden/Leistungsart							

Tagespflegestelle	Datum
-------------------	-------

Bisherige Bezugspersonen und Sozialkontakte

<p>Wer wird das Kind in der Eingewöhnung begleiten?</p>	
<p>Wer hat das Kind bisher überwiegend betreut?</p>	
<p>Welche weiteren Bezugspersonen gibt es?</p>	
<p>Gab oder gibt es sonstige Betreuungspersonen und -formen? (z.B. Großeltern, Krabbelgruppe, Spielkreis...)</p> <p>Wie lange wurde das Kind dort betreut?</p>	
<p>Wie war das Verhalten des Kindes in Trennungssituationen? Was hat sich bewährt, wenn es Probleme gab? Womit lässt sich das Kind gut beruhigen? (Kuscheltier/Schnuffeltuch/Schnuller) Gibt es einen vertrauten Gegenstand der Hauptbezugsperson, der anfangs beim Kind gelassen werden kann?</p>	

Essen

<p>Bisherige Ernährung Mit ungefährrer Angabe der Zeitspannen z.B. Stillen bis 6. Monat...</p>	
<p>Ernährungsbesonderheiten z.B. Allergie, Unverträglichkeit, körperliche Einschränkungen, Abneigungen, Vorlieben</p>	
<p>Was frühstückt das Kind zu Hause?</p>	
<p>Was isst das Kind mittags zu Hause?</p>	
<p>Wie isst das Kind?</p>	<p>alleine <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> wird gefüttert <input type="checkbox"/> anders.....</p>
<p>Wie trinkt das Kind?</p>	<p>Flasche <input type="checkbox"/> Tasse <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> anders...</p>
<p>Wo isst / trinkt das Kind</p>	<p>auf dem Schoß <input type="checkbox"/> im Hochstuhl <input type="checkbox"/> am Kindertisch <input type="checkbox"/> anders...</p>

Pflege/Wickeln

<p>Gibt es Vorlieben/Abneigungen bezüglich des Wickelns?</p>	
<p>Äußert sich das Kind, wenn es muss, oder die Windel voll ist?</p>	
<p>Geht das Kind auf die Toilette? Welche Unterstützung benötigt es dabei?</p>	
<p>Gibt es Pflege- oder Hygieneprodukte, die es nicht verträgt?</p>	
<p>Sonstiges z.B. Zähneputzen, Sonnenschutz, Wundcreme....</p>	