

# Erstgespräch – Fragebogenvorlage

## Angaben zum Kind

Name: . . . . . Alter des Kindes: . . . . .  
Geschwister: Ja  Nein  Anzahl: . . . . . Alter: . . . . .  
Namens: . . . . .

## Kontaktdaten der Erziehungsberechtigten

Name: . . . . .	Name: . . . . .
Adresse: . . . . .	Adresse: . . . . .
E-Mail: . . . . .	E-Mail: . . . . .
Telefon: . . . . .	Telefon: . . . . .
Handy-Nr.: . . . . .	Handy-Nr.: . . . . .
Notfallkontakt: . . . . .	Notfallkontakt: . . . . .

## Gesundheit und Entwicklung

Wie ist der Schlaf- und Essrhythmus Ihres Kindes?

Gibt es gesundheitliche Besonderheiten (z. B. Allergien, chronische Krankheiten)?

Gab es bei der Geburt oder in den ersten Lebensmonaten besondere Ereignisse

oder Komplikationen?

Wird Ihr Kind noch gestillt?

Gibt es bestimmte Spielsachen, Bücher oder Aktivitäten, die Ihr Kind liebt?

## Soziale Interaktion

Hatte Ihr Kind bereits Erfahrungen mit anderen Betreuungseinrichtungen? Ja  Nein

Wenn ja, welche: . . . . .

Wie hat Ihr Kind auf frühere Betreuungs- und Trennungssituationen reagiert?

. . . . .

Wie verhält sich Ihr Kind in sozialen Situationen, z. B. mit anderen Kindern?

. . . . .

Hat Ihr Kind regelmäßig Kontakt zu anderen Kindern?

Ja  Nein

## Erziehung, Ziele und Erwartungen

Welche Werte sind Ihnen in der Erziehung besonders wichtig?

. . . . .

Gibt es bestimmte Ziele, die Sie für Ihr Kind haben?

. . . . .

Was erwarten Sie von der Betreuung in unserer Einrichtung?

. . . . .

## Hilfreiche Routinen, Rituale und Unterstützungsmaßnahmen

Gibt es bestimmte Regeln oder Routinen, die Ihr Kind gewohnt ist?

. . . . .

Gibt es bestimmte Rituale oder Gegenstände, die Ihrem Kind bei der Trennung helfen?

. . . . .

Gibt es – ggf. auch unabhängig vom Stillen – Möglichkeiten, Ihr Kind zu beruhigen?

. . . . .

Gibt es besondere Bedürfnisse/Herausforderungen, auf die geachtet werden muss?

. . . . .