

## Zur Vorlage beim Sozialamt (Sozialhilfeträger) und Gesundheitsamt

Bitte bei der Antragstellung zur Eingliederungshilfe „Integrationsplatz“ (Rahmenvereinbarung, seit 01.01.05 gemäß SGB XII) in Absprache mit den Eltern *durch die Kindertagesstätte ausfüllen.*

		Datum:	
<b>Name des Kindes</b>		<b>Vorname</b>	
<b>Geb.-Datum</b>		<b>Alter</b> (Jahre u. Monate)	Jahre    Monate
Wohnort/Straße			
Geburtsjahre der Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Name des Kinder- u. Jugendarztes</b>			
Name des Hausarztes			

**ja            nein**

Wohnort bei den Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorgerecht bei den Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorsorgeheft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impfbuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Bereits vorhandene medizinische Berichte, Wenn JA, bitte angeben</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bitte <b>Ansprechpartner</b> (Name/Tel.) nennen und <b>WANN</b> (Monat/Jahr) Untersuchung stattfand:	Unterlagen im verschlossenen Umschlag beigefügt am:
Kinder- u. Jugendarzt/ Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HNO-Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pädaudiologen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Augenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kinderneurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kinderpsychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Orthopäden/ Orthopädische Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sonstige niedergelassene Fachärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sprachtherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
sonstige Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>pädagogische Frühförderung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Einbindung sozialer Dienste</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**Bemerkungen / sonstige Angaben der Eltern / der Kindertagesstätte:**

**ERSTBERICHT der Kita**

Dat.:

nach einer Beobachtung des Kindes  
und dem Gespräch mit den Eltern
 ja (Dauer: ca. Stunden)  nein  
 ja  nein

		ja	nein	manch- mal	<u>Bemerkungen</u>
	<b>Die Muttersprache ist deutsch</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Dolmetscher empfohlen
<b>Das Kind kann :</b>					
<b>Motorik</b>	sich selbständig drehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	alleine sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	krabbeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	alleine stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	alleine gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	mit 2 Beinen hüpfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	geht Treppen im Wechselschritt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Feinmotorik</b>	kann Gegenstände mit der Faust greifen und festhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	mit 2 Fingern greifen (Daumen/Zeigefinger = Pinzettengriff)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	benutzt den Löffel beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	kann sich alleine ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	"spielt" mit beiden Händen gemeinsam (z.B. beim Basteln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wickelt Bonbons aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Sprache</b>	versteh einfache Aufforderungen (z.B. Gib mir...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	kann mehr als 30 Einzel-Worte sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	spricht meist spontan in 2-3 Wortsätzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	spricht meist in Sätzen und grammatikalisch richtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Erkennt „ich, du, mein, dein“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Wahrnehmung</b>	sucht die Mutter mit den Augen (Versteckspiel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	folgt mit den Augen bewegten Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	beobachtet Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	reagiert mit "Lauschen" auf Geräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	sucht die Ursache von Geräuschquellen (krabbelt/geht hin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	kennt Mengen 1 und viele (reicht Gegenstände an)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	kennt Mengen bis 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	imitiert Beid-Daumenstreckung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Soziales Verhalten</b>	stellt Blickkontakt her	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	mag Zärtlichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	lässt sich meist durch Körperkontakt trösten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	freut sich, wenn es andere Kinder sieht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	folgt verbalen Anweisungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	kann warten, wenn es dazu aufgefordert wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	reagiert <u>immer</u> ängstlich auf fremde Personen, schreit / weint und lässt sich nicht beruhigen, klammert sich an die Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	reagiert auf fremde und vertraute Personen gleich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	schaut gerne lange fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	hört gerne Musik und klatscht auch mit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Kann sich von Bezugsperson lösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Körperfunktionen</b>	kann kauen und schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	muss immer gefüttert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	isst alleine, hält die Tasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	trägt tagsüber eine Windel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	geht alleine zur Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	schläft nachts meist durch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Kann sich alleine ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**Diagnose (falls bekannt):**
 besondere gesundheitliche/soziale Probleme: Brille Hörgeräte Rollstuhl Sonden ....   
 sonstiges....
**vorläufige Schwerpunkt-Förderziele der Kindertagesstätte:**

(Bitte nach der geschätzten Wichtigkeit von 1-6(7) durchnummerieren!)

 Motorik  Feinmotorik  Sprache  Wahrnehmung  
 Verhalten  Körperfunktionen  sonstiges ...
**Methoden der Förderung:** (Bitte eine Kurzbeschreibung angeben und als Anlage beilegen)

Name / Unterschrift der Eltern:

Name / Unterschrift der erhebenden Erzieherin und Leitung