

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

Bereits vorhandene medizinische Berichte, Wenn JA, bitte angeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bitte Ansprechpartner (Name/Tel.) nennen und WANN (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"/>		
pädagogische Frühförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Einbindung sozialer Dienste	<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>
	Die Muttersprache ist deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Dolmetscher empfohlen
Das Kind kann :					
Motorik	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"/>		
Feinmotorik	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"/>		
Sprache	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"/>		
Wahrnehmung	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 (krabbeln/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"/>		
Soziales Verhalten	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"/>		
Körperfunktionen	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 abgeben und als Anlage beilegen)

Name / Unterschrift der Eltern:

Name / Unterschrift der erhebenden Erzieherin und Leitung