

<b>Zur Vorlage beim Amt für sozial Förderung und Teilhabe und beim Gesundheitsamt</b>			
Bitte bei der Antragstellung zur Eingliederungshilfe „Integrationsplatz“ (Rahmenvereinbarung, seit 01.01.05 gemäß SGB XII) in Absprache mit den Eltern <i>durch die Kindertagesstätte ausfüllen.</i>			
		Datum:	
<b>Name des Kindes:</b>		<b>Vorname:</b>	
Geb. Datum:		Alter (Jahre und Monate)	Jahre      Monate
Anschrift:			
Geburtsjahre der Geschwister			
Kinder-/Jugendarzt:			
Hausarzt:			

	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 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:

<b>ERSTBERICHT der Kita</b>	Datum:
Nach einer Beobachtung	<input type="checkbox"/> Ja (Dauer: ca. Stunden <input type="checkbox"/> Nein
und dem Gespräch mit den Eltern	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

		ja	nein	manch- mal	Bemerkungen
	<b>Die Muttersprache ist deutsch</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Dolmetscher
<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>	Versteht 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 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 (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"/>		
<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 immer 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 Bezugspersonen 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"/>		

<p><b>Diagnose</b> (falls bekannt): _____</p>	
<p>Besondere gesundheitliche/soziale Probleme:</p> <p><input type="checkbox"/>Brille    <input type="checkbox"/>Hörgeräte    <input type="checkbox"/>Rollstuhl    <input type="checkbox"/>Sonden    <input type="checkbox"/>sonstiges</p>	
<p><b>Vorläufige <u>Schwerpunkt-Förderziele</u> der Kindertagesstätte:</b></p> <p>Bitte nach der geschätzten Wichtigkeit von 1-6 (7) durchnummerieren!</p> <p><input type="checkbox"/>Motorik                      <input type="checkbox"/>Feinmotorik                      <input type="checkbox"/>Sprache                      <input type="checkbox"/>Wahrnehmung</p> <p><input type="checkbox"/>Verhalten                      <input type="checkbox"/>Körperfunktion                      <input type="checkbox"/>Sonstiges:</p>	
<p>Methoden der Förderung: (Bitte eine Kurzbeschreibung abgeben und als Anlage beilegen)</p>          	
<p>Name / Unterschrift der Eltern</p>	<p>Name / Unterschrift der erhebenden Erzieherin und Leitung</p>