



Elternfragebogen

Personalien

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Name der Eltern: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____

Telefon dienstlich: _____

Handy: _____

Email: _____

Eine weitere Bezugsperson, die im Notfall angerufen werden kann:

Name: _____

Telefon: _____

Krankheit/ Notfälle

Leidet das Kind an Allergien, Unverträglichkeiten oder chronischen Erkrankungen, Behinderungen?

- nein
 ja, welche:
-

War das Kind wegen einer Erkrankung im Krankenhaus?

- nein
 ja, welche:
-

Ist das Kind anfällig für bestimmte Erkrankungen (z.B. Fieber, Fieberkrampf, Ohrenschmerzen, Erkältungen, Pseudokrapp)?

- nein
 ja, welche:
-

Welche ansteckenden Krankheiten hatte das Kind?

Muss das Kind regelmäßig bestimmte Medizin einnehmen?

- nein
 ja, welche:
-

Ausgeführte Impfungen (bzw. siehe Kopie des Impfpasses)

Kinderarzt (Adresse/ Telefon)

Wie reagiert das Kind auf Fieber und erhöhte Temperatur?

Besondere Wünsche der Eltern für den Fall einer Erkrankung (ggf. Krankenkassendaten hinterlegen):

Im absoluten Notfall akzeptieren die Sorgeberechtigten folgende Person/en als zusätzliche Betreuungsperson/en:

Informationen zum Kind

Wurde das Kind bereits von anderen Personen betreut?

nein ja, von _____

Person/en, die neben den Eltern berechtigt sind, das Kind bei der Tagespflegeperson abzuholen/ zu bringen:

Name/n: _____

Telefon: _____

Die Eltern sorgen für eine der Jahreszeit entsprechende Bekleidung des Kindes, ebenso für Hausschuhe und geben Wechselwäsche mit.

Vor Beginn des Pflegeverhältnisses ist zu klären, ob ein weiteres Bett, Kinderwagen, Hochstuhl etc. vorhanden sind bzw. wer diese Dinge beschafft.

Informationen über ein Baby

Hat das Kind schon Kolikanfälle gehabt? ja nein

Ist die Haut des Babys empfindlich? ja nein

Ist es oft wund? ja nein

Welche Pflegeprodukte verwenden Sie für ihr Baby? _____

Hat das Kind oft Durchfall? ja nein

Hat es oft Verstopfung? ja nein

Was tun Sie bei Durchfall oder Verstopfung? _____

Wie füttern Sie das Kind?

es wird auf dem Schoß gehalten es sitzt im Kinderstuhl

Auf was reagiert ihr Baby gereizt?

Wie beruhigen Sie ihr Baby?

Besonderheiten/ Zusätzliche wichtige Informationen zu ihrem Baby:

Spielverhalten

Wie spielt das Kind am liebsten?

- allein mit mehreren anderen Kindern
 mit Erwachsenen mit einem anderen Kind

Kann sich das Kind einige Zeit allein beschäftigen?

- ja, sehr gut ja, aber selten nein, sehr schlecht

Womit spielt das Kind am liebsten?

Wie geht es mit Scheren und gefährlichen Gegenständen um?

Wovor fürchtet sich das Kind?

- großen Tieren lauten Geräuschen Gewitter
 Dunkelheit kleinen Tieren _____

Darf ihr Kind zu Hause fernsehen?

- nein, nie
 ja – Wie oft/ lange am Tag? _____

Ess- und Trinkgewohnheiten

Das Kind hat im Allgemeinen einen

- guten Appetit schlechten Appetit übergroßen Appetit

Hat es oft zwischen den Mahlzeiten Hunger?

- nein
 ja – Was tun Sie dann? Bitte beschreiben Sie:
-
-

Welches Wort benutzt das Kind, wenn es Hunger hat? _____

Welches Wort benutzt das Kind, wenn es Durst hat? _____

Wann bekommt das Kind zu Hause seine Mahlzeiten?

Wird das Kind noch gestillt?

- ja nein

Lutscht das Kind?

- am Daumen am Sauger an einem Tuch (oder Mullwindel)
 gar nicht _____

Was trinkt es zu Hause?

Was isst das Kind am liebsten? _____

Was mag es gar nicht? _____

Womit isst das Kind?

mit den Händen

mit dem Löffel

mit der Gabel

Spielt das Kind gern mit dem Essen?

nein

ja – Was tun sie dann? _____

Sind Sie der Meinung, das Kind sollte alles aufessen?

nein

ja – Was tun Sie, damit das Kind möglichst alles aufisst? _____

Bekommt das Kind regelmäßig Süßigkeiten?

nein, gar keine

ja, wie viel am Tag: _____

Verträgt ihr Kind bestimmte Nahrungsmittel nicht?

nein

ja, welche: _____

Muss ihr Kind eine bestimmte Diät einhalten?

nein

ja, welche: _____

Schlafgewohnheiten

Um welche Zeit geht das Kind abends schlafen? _____

Wann steht es morgens auf? _____

Braucht es lange ehe es nach dem Schlafen wach ist? ja nein

Schläft es während des Tages?

- nein
 ja, von _____ bis _____ Uhr
 unterschiedlich

Wehrt es sich gegen den Mittagsschlaf?

- im Allgemeinen ja im Allgemeinen nicht

Nimmt das Kind ein Spielzeug/ Plüschtier/ Sauger mit ins Bett?

- nein ja – Welches? _____

Lassen Sie das Kind aufstehen, wenn es mittags nicht einschläft oder nur kurz schläft?

- ja, meistens nein, meistens nicht

Wecken Sie das Kind, wenn es mittags „zu lange“ schläft?

- ja, meistens nein, meistens nicht

Weitere wichtige Informationen zum Schlafverhalten ihres Kindes:

Wir weisen Sie darauf hin, dass laut Bayrischem Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit zur Vermeidung von plötzlichem Kindstod folgende Vorsorgemaßnahmen für Kinder unter einem Jahr empfohlen werden:

- Kinder sollten ausschließlich in Rückenlage schlafen.
- Kopfkissen wie auch Bettdecke sollten entfernt und nur ein Schlafsack verwendet werden; im Bett sollten sich keinerlei andere Dinge wie Plüschtiere oder dergleichen befinden.
- Die Raumtemperatur sollte idealerweise zwischen 16 und 18 Grad betragen.

Bitte besprechen Sie dieses Thema mit Ihrer Tagespflegeperson und stellen Sie gegebenenfalls einen Schlafsack zur Verfügung.

Sauberkeitserziehung

Haben Sie schon damit begonnen, das Kind zur Sauberkeit zu erziehen?

- nein ja, im Alter von _____

Falls Sie schon begonnen haben, welches Wort verwenden Sie für:

Wasser lassen _____

Stuhlgang _____

Sagt es im Allgemeinen, wenn es auf die Toilette muss?

- ja manchmal gar nicht

Was benutzt das Kind?

- einen Topf die Toilette

Wie verhält sich das Kind, wenn es in die Hosen gemacht hat?

Was tun Sie, wenn das Kind mal in die Hosen macht?

- es trösten
 das Missgeschick nicht besonders beachten
 das Kind tadeln, bestrafen

Sonstige wichtige Informationen zum Kind:

Bevollmächtigungen

Hiermit bevollmächtigen wir die Tagespflegeperson _____

- Unser Kind im PKW zu befördern und stellen dafür (falls nötig) einen dem Alter, der Größe und dem Gewicht entsprechenden Kindersitz zur Verfügung.

Haftungsbeschränkung

Die Mitnahme im PKW erfolgt als unentgeltliche Gefälligkeit im Rahmen der Tagespflege. Der/ die Sorgeberechtigte/n erklären ihr/sein Einverständnis mit der Haftungsbeschränkung zugunsten der Tagespflegeperson. Die Haftungsbeschränkung bezieht sich auf etwaige Ersatzansprüche jedweder Art und jedweden Rechtsgrundes aus Anlass der Mitnahme.

- Unser Kind auf dem Fahrrad oder im Anhänger mitzunehmen.
 Mit unserem Kind auf Spielplätze zu gehen und Ausflüge zu machen.
 Fotos von unserem Kind aufzunehmen.
 In Notfällen eine ärztliche Behandlung unseres Kindes zu veranlassen.

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten

Formular zur Medikamentenvergabe in der Tagespflege

Name, Vorname des Kindes

geboren am

	1.	2.	3.
	_____ Name d. Medikaments	_____ Name d. Medikaments	_____ Name d. Medikaments
morgens	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
mittags	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Bemerkung/Hinweise zum Medikament/Dauer der Einnahme: _____ _____ _____ _____ _____ _____			

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Ermächtigung der Erziehungsberechtigten:

Hiermit ermächtige/-n ich/wir _____

die Tagespflegeperson _____

für mein/unser Kind _____

die o. g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten