

**Anmeldung zur Beratung vom \_\_\_\_\_**

Angaben zur Familie:

Name \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ der \_\_\_\_\_ Mutter

Beruf \_\_\_\_\_  
Alter \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ des \_\_\_\_\_ Vaters

Beruf \_\_\_\_\_  
Alter \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel (p) \_\_\_\_\_ Tel (g) \_\_\_\_\_ Tel  
(mobil) \_\_\_\_\_

Mail (p) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Angaben zum Kind:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
geb. \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_ (Anzahl) Alter  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Das Kind lebt  bei den Eltern  
 bei der Mutter  
 beim Vater  
 \_\_\_\_\_

Die Familie ist mehrsprachig:  ja Sprache der Mutter \_\_\_\_\_  
Sprache des Vaters \_\_\_\_\_  
Sprache der Familie \_\_\_\_\_

nein Familiensprache \_\_\_\_\_

Das Kind besucht  Kinderkrippe/Kita  
 Spielgruppe  
 \_\_\_\_\_

Sind aktuell weitere Fachstellen einbezogen (Heilpädagogische Früherziehung, Familienberatung, etc)? Wenn ja,

welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zuweisung \_\_\_\_\_ ist \_\_\_\_\_ erfolgt \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

Name/Adresse des/r  
Kinderarztes/ärztin \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bestehen medizinische Diagnosen? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Welches sind Ihre Gründe für die Anmeldung zur Beratung:**

**Angaben zur Geschichte des Kindes**

Wie haben Sie die Schwangerschaft erlebt?

problemlos \_\_\_\_\_ schwierig 10  
1 2 3 4 5 6 7 8 9

Wie haben Sie die Geburt erlebt?

problemlos \_\_\_\_\_ schwierig 10  
1 2 3 4 5 6 7 8 9

Wie ging es Ihnen nach der Geburt?

ausgezeichnet \_\_\_\_\_ schlecht 10  
1 2 3 4 5 6 7 8 9

Wie ging es dem Baby nach der Geburt?

ausgezeichnet \_\_\_\_\_ schlecht 10  
1 2 3 4 5 6 7 8 9

Entwicklung in der Neugeborenenzeit

War es möglich das Kind zu stillen? Wie lange? \_\_\_\_\_

problemlos \_\_\_\_\_ nicht möglich 10  
1 2 3 4 5 6 7 8 9

Wie gestaltete sich das Füttern?

einfach \_\_\_\_\_ schwierig 10  
1 2 3 4 5 6 7 8 9

Wie hat das Kind geschlafen?

ausgezeichnet \_\_\_\_\_ schlecht 10  
1 2 3 4 5 6 7 8 9

Wie häufig ist das Kind krank?

nie \_\_\_\_\_ sehr oft 10  
1 2 3 4 5 6 7 8 9

Entwicklung in der Kleinkindzeit

Sitzen mit \_\_\_\_\_ Monaten Gehen mit \_\_\_\_\_ Monaten Plaudern   
häufig  selten

Erste Wörter mit \_\_\_\_\_ Monaten

Aktuell:  einzelne Wörter  Sätze mit Wörtern  verständlich  
 nur für die nahe Umgebung  
 kaum verständlich

Das Kind interessiert sich für Bilderbücher

stark \_\_\_\_\_ nicht 10  
1 2 3 4 5 6 7 8 9

Das Kind spielt selbständig/allein

oft \_\_\_\_\_ nie 10  
1 2 3 4 5 6 7 8 9

Das Kind kann sich von den Eltern trennen

problemlos \_\_\_\_\_ nicht möglich 10  
1 2 3 4 5 6 7 8 9

Das Kind trotzt

oft

1

2

3

4

5

6

7

8

nie

9

10

**Was müssen wir noch wissen?**

Bitte zurücksenden an **Zentrum für kleine Kinder, Pionierstrasse 10, CH-8400 Winterthur**  
Zfk/29.11.13/sw