

**Wichtige persönliche Information für eine erfolgreiche Eingewöhnung**

Welche Erwartungen haben sie an die Betreuung im KindElternZentrum?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Was ist Ihnen in der Erziehung wichtig?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Angaben zur Schwangerschaft und Geburt**

Besonderheiten/ Erkrankungen der Mutter oder des Kindes während der Schwangerschaft?

.....

.....

.....

.....

.....

Besonderheiten während der Geburt?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Angaben zu den Gewohnheiten des Kindes**

Tagesablauf zu Hause

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Hat Ihr Kind Vorlieben im Tagesablauf?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Hat Ihr Kind Abneigungen im Tagesablauf?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Zeigt Ihr Kind Ängstlichkeiten? Wenn ja, in welcher Situation und wie verhält es sich da? Wie reagieren Sie auf die Ängstlichkeiten Ihres Kindes?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Schläft Ihr Kind während des Tages? Wenn ja, wann und wie lange in der Regel?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Woran erkennen Sie, dass Ihr Kind müde ist?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Einschlafrituale bevorzugt Ihr Kind? Braucht es „Einschlafbegleiter“ oder Übergangsobjekte? (z.B. Nuckel, Schmusetuch, Kuscheltier, Lieblingspuppe, ...?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Gewohnheiten hat Ihr Kind beim Erwachen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Angaben zur Ernährung**

Welche Speisen und Getränke erhält Ihr Kind zu Hause?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hat Ihr Kind besondere Gewohnheiten ein Essen und Trinken? (z.B. möchte es selbst den Löffel oder die Tasse halten? Es mag keine Lätzchen, ...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wie zeigt Ihr Kind, dass es Hunger und Durst hat?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihr Kind nicht zu sich nehmen darf? Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Angaben zum Spielverhalten**

Kennt Ihr Kind schon andere Kinder aus dem KindElternZentrum?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ist Ihr Kind gewohnt, mit anderen Kindern und/ der Erwachsenen zu spielen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Spielt Ihr Kind gern im Freien?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ist Ihr Kind an Spaziergänge gewöhnt?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wofür interessiert sich Ihr Kind beim Spielen besonders? Womit spielt ihr Kind gern?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Was mag ihr Kind nicht? (z.B. laute Musik, ...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wird Ihr Kind gelegentlich von anderen Personen betreut? Wenn ja, von wem und wie lange?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wie feiern Sie den Geburtstag Ihres Kindes? Feiern Sie den Geburtstag überhaupt?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Gibt es noch Dinge, die sie uns über Ihr Kind erzählen möchten?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Vielen Dank.**