

Eingewöhnungsleitfaden für die Bienengruppe

Allgemeine Informationen:

Name der Eltern:

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Die Eingewöhnung beginnt am:

Die Eingewöhnung wird geführt von:

Wer betreut Ihr Kind aktuell? Wer sind seine/ihre engsten Bezugspersonen?

.....

.....

Wurde das Kind schon von anderen Personen betreut? Wenn ja, von wem?

.....

Haben sie mit Ihrem Kind bereits eine Krabbel- oder Spielgruppe besucht?
(Kontakt zu anderen Kindern)

.....

Kennt Ihr Kind Trennungssituationen?

.....

Was freut Ihr Kind? Was ängstigt Ihr Kind?

.....

Was spielt ihr Kind zur Zeit gerne/häufig?

.....

Wie lässt sich Ihr Kind trösten?

.....

Gesundheit und Wohlbefinden:

Hat Ihr Kind chronische Krankheiten (z.B. Allergien, Asthma, Diabetes):

.....

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen?

.....

Vermuten oder bemerken sie Besonderheiten / Schwierigkeiten in der Entwicklung Ihres Kindes? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, in welcher Hinsicht?

.....

.....

Hat der Kinderarzt schon Hinweise auf entsprechende Schwierigkeiten gegeben? Wenn ja, welche?

.....

.....

Gab es im Leben Ihres Kindes bisher einschneidende Erlebnisse (z.B. Trennung der Eltern, Ablösung von wichtigen Bezugspersonen durch Krankheit, Tod, plötzlicher Ortswechsel, Arbeitslosigkeit, etc.)

.....

.....

.....

.....

Essen:

Wie ist der gewohnte Essrhythmus? (Wie oft? / Wann? / Wie viel?)

.....

Was isst Ihr Kind besonders gerne?

.....

Was mag es gar nicht?

.....

Welche Speisen soll/darf Ihr Kind aus bestimmten Gründen nicht essen? (z.B. Allergien, Unverträglichkeiten, religiöse Hintergründe, etc.)

.....

.....

Isst Ihr Kind alleine (Besteck/Löffel) oder wird es gefüttert?

.....

Trinkt es aus der Flasche / Trinkbecher / Tasse / Glas?

.....

Wie macht sich Ihr Kind bemerkbar wenn es Hunger oder Durst hat?

.....

Schlafgewohnheiten:

Welche Schlafenszeiten hat Ihr Kind? Wie lange schläft Ihr Kind?

.....

.....

Wie schläft es ein? Schlafritual zu Hause? (z.B. mit Schnuller, Kuscheltier, besondere Schlafposition, etc.)

.....

.....

Wie lange braucht Ihr Kind ca. beim Einschlafen?

.....

Sauberkeitsentwicklung:

Wie wickeln sie Ihr Kind? Welche Pflegeprodukte verwenden Sie?

.....

.....

.....

Wurde Ihr Kind schon von anderen Betreuungspersonen gewickelt?

.....

Zeigt Ihr Kind schon Interesse am Töpfchen / der Toilette? Oder geht es schon auf die Toilette / das Töpfchen?

.....

Motorische Entwicklung:

Welcher Bewegungsablauf ist für Ihr Kind gerade besonders wichtig, bzw. was macht ihm/ihr gerade besonders viel Spaß?

.....

.....

.....

Sind Ihnen in der motorischen Entwicklung Ihres Kindes irgendwelche Besonderheiten aufgefallen? (positiv/negativ)

.....

.....

Sprachliche Entwicklung:

Wie schätzen Sie selbst die sprachliche Entwicklung Ihres Kindes ein?

.....

.....

Ihr Kind

...zeigt auf Gegenstände und benutzt sinngemäße Laute ☐ ja ☐ nein

...kann Gegenstände benennen ☐ ja ☐ nein

...zeigt mit Gestik/Mimik Bedürfnisse an ☐ ja ☐ nein

...spricht in Einwortsätzen ☐ ja ☐ nein

...spricht in Zwei- und Mehrwortsätzen ☐ ja ☐ nein

...erzählt oft und freudig

☐ ja

☐ nein

...antwortet sinngemäß auf Fragen

☐ ja

☐ nein

...nimmt mit Lauten/Wörtern eigenständig Kontakt auf

☐ ja

☐ nein

Sonstiges (Fragen / Wünsche / Infos / Besonderheiten / etc.):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Mithilfe :-)

