



## Erstgespräch Eingewöhnung

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| Name des Kindes:  |                                |
| Geb. Datum:   |                                |
| Gab es Betreuungsformen außerhalb (nicht von Mama oder Papa)?<br><input type="radio"/> Nein<br><input type="radio"/> Ja Von: _____ Wie lange: _____ |                                |
| Hat Ihr Kind Erfahrungen mit gleichaltrigen Kindern?<br><input type="radio"/> Nein<br><input type="radio"/> Ja Durch: _____                         |                                |
| Wie ist die Wohnsituation zu Hause?<br>(Einzelkind, Mehrgenerationenhaus, eigenes Zimmer,...)<br>_____  |                                |
| Wer sind die Hauptbezugspersonen Ihres Kindes?<br>_____   |                                |
| Welche Sprache wird zu Hause gesprochen?<br>_____   |                                |
| Welche Worte versteht Ihr Kind?<br>_____  |                                |
| Welche Worte spricht Ihr Kind?<br>_____   |                                |
| Mit was beschäftigt sich Ihr Kind gerne?<br>_____   |                                |
| Was mag Ihr Kind?<br>_____  |                                |
| Was mag Ihr Kind nicht?<br>_____  |                                |
| Was isst Ihr Kind gerne?<br>_____   |                                |
| Wird Ihr Kind noch gestillt?<br><input type="radio"/> Nein  | <input type="radio"/> Ja _____ |
| Gibt es Allergien?<br>_____   |                                |
| Wo isst Ihr Kind? (Hochstuhl, auf dem Schoß)<br>_____   |                                |



Wie ist die Wickelsituation zu Hause?

(Rituale, wird Ihr Kind gedreht, zeigt Ihr Kind wenn es eine frische Windel benötigt)

---

Gibt es Besonderheiten beim Toilettengang?

---

Was sagt / zeigt Ihr Kind wenn...

- ...es Hunger hat: \_\_\_\_\_
- ...es auf Toilette muss: \_\_\_\_\_
- ...es müde ist: \_\_\_\_\_

Wie ist die Mittagsschlaf-Situation zu Hause?

- Uhrzeit: \_\_\_\_\_
- Einschlafbegleitung: \_\_\_\_\_

Macht Ihr Kind noch ein Schläfchen am Morgen?

---

Benötigt Ihr Kind einen Schnuller?

---

Schläft Ihr Kind im hellen oder im dunklen?

---

Wo schläft Ihr Kind? (Bett, Trage, Buggy,...)

---

Mit was lässt sich Ihr Kind beruhigen?

---

Kann Ihr Kind:           ○ Laufen           ○ krabbeln           ○ robben

Gibt es aktuell bedeutsame Ereignisse die wichtig sind?

---

---

---

---

---

Haben Sie noch Fragen, Wünsche oder Sorgen?

---

---

---

---