



Elternfragebogen Einschulung VSK / DFK 2026 / 2027

Name des Kindes	Geburtsdatum
Anschrift	
Staatsangehörigkeit	ggf. in Deutschland seit
Angaben zu den Eltern	
Name der Mutter:	Beruf:
Telefonnummer:	
Name des Vaters:	Beruf:
Telefonnummer:	
E-Mail:	
<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden	
Wer ist erziehungsberechtigt?	
Familiäre Situation	
Geschwister (Vorname / Geburtsjahr)	
Wohnsituation:	
<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Sozialwohnung <input type="checkbox"/> Unterkunft <input type="checkbox"/> Heim	
Weitere Fachdienste (Erziehungsberatung, Flüchtlingsberatung, etc.)	
Schwangerschaft und Geburt	
Wie war der Verlauf der Schwangerschaft? (Krankheiten, Medikamente, Rauchen, Alkohol, ...?)	
Wie war der Verlauf der Geburt? (Frühgeburt, Kaiserschnitt, Klinikaufenthalt, ...?)	
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erschwerte Geburt: _____ <input type="checkbox"/> Frühgeburt in der _____ SSW	
Geburtsgewicht: _____ g	
<input type="checkbox"/> sonstige Komplikationen:	
Auffälligkeiten als Baby / Kleinkind:	
<input type="checkbox"/> war sehr unruhig <input type="checkbox"/> hat viel geschrien <input type="checkbox"/> war häufig krank	
Schlaf (viel, wenig, unregelmäßig):	
<input type="checkbox"/> sonstige Besonderheiten im Baby- oder Kleinkindalter:	
Sauberkeit: tagsüber trocken <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit ca. _____ Jahren nachts trocken <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit ca. _____ Jahren	
Entwicklungsverlauf	
Motorische Entwicklung	
Wann konnte Ihr Kind laufen? mit _____ Monaten	
Auffälligkeiten beim Sitzen, Krabbeln, Laufen als Kleinkind?	
<input type="checkbox"/> ja: _____ <input type="checkbox"/> nein	
Momentane Auffälligkeiten in der Motorik?	
<input type="checkbox"/> ja: _____ <input type="checkbox"/> nein	
Welche Hand nutzt Ihr Kind beim Malen, Schneiden, Basteln?	
<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> noch nicht festgelegt	

Name des Kindes: _____

Sprachliche Entwicklung		
Wann hat Ihr Kind zu sprechen begonnen?		
<input type="checkbox"/> wie andere Kinder <input type="checkbox"/> später: mit _____ Monaten		
Wie spricht ihr Kind?		
<input type="checkbox"/> in einzelnen Wörtern <input type="checkbox"/> kurze Sätze <input type="checkbox"/> lange Sätze <input type="checkbox"/> Sätze mit falscher Grammatik		
<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten, folgende Laute auszusprechen: _____		
Wortschatz (Deutsch):		
<input type="checkbox"/> gut entwickelt <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> eher gering		
Welche Sprachen sprechen Sie mit dem Kind?		
Familiensprache: _____ Mutter: _____ Vater: _____		
Muttersprache: <input type="checkbox"/> fließend <input type="checkbox"/> mit Fehlern in Grammatik <input type="checkbox"/> geringer Wortschatz <input type="checkbox"/> verzögert		
Soziale und emotionale Entwicklung		
Ereignisse, die die Entwicklung beeinflusst haben könnten?		
<input type="checkbox"/> Umzug <input type="checkbox"/> Trennung der Eltern <input type="checkbox"/> Tod einer Bezugsperson <input type="checkbox"/> Krankheit einer Bezugsperson		
<input type="checkbox"/> sonstiges:		
Mein Kind		
<input type="checkbox"/> spielt gerne mit seinen Geschwistern <input type="checkbox"/> hat viel Streit mit seinen Geschwistern		
<input type="checkbox"/> hört auf Mutter / Vater <input type="checkbox"/> hat eine gute Bindung zu uns Eltern		
Wie kommt ihr Kind mit anderen Kindern / in der Gruppe / im Kindergarten zurecht?		
<input type="checkbox"/> spielt gerne mit anderen Kindern <input type="checkbox"/> spielt lieber allein		
<input type="checkbox"/> hat viele Freunde / Freundinnen <input type="checkbox"/> wird oft geärgert		
<input type="checkbox"/> möchte immer der Chef / die Chefin sein <input type="checkbox"/> hat oft Streit		
<input type="checkbox"/> neigt zu Wutausbrüchen <input type="checkbox"/> kann Konflikte friedlich lösen		
<input type="checkbox"/> sonstiges:		
<input type="checkbox"/> Mein Kind zeigt auffälliges emotionales Verhalten:		
Kindergarten		
Welchen Kindergarten / HPT besucht Ihr Kind? seit: _____ Buchungszeit: _____		
Adresse:		
<input type="checkbox"/> Schweigepflichtsentbindung		
Hat ihr Kind einen Integrationsplatz? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Gab es einen Wechsel des Kindergartens? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grund: _____		
Teilnahme am Vorkurs Deutsch? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Ihr Kind besucht den Kindergarten		
<input type="checkbox"/> gerne <input type="checkbox"/> ungerne <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig		
Was berichten die Erzieherinnen über Ihr Kind?		
<input type="checkbox"/> wenig Ausdauer <input type="checkbox"/> sehr schüchtern <input type="checkbox"/> motorische Unruhe		
<input type="checkbox"/> Streit mit anderen Kindern <input type="checkbox"/> wenig Kontakt zu Kindern <input type="checkbox"/> Müdigkeit		
<input type="checkbox"/> sonstiges:		
Zusammenarbeit mit dem Kindergarten:		
Krankheiten		
Ist Ihr Kind häufig krank?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Hat Ihr Kind Allergien? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Hatte Ihr Kind jemals einen epileptischen Anfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente nehmen? (z.B. Ritalin, ...)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	
Gab es bisher längere Krankenhausaufenthalte?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	

Name des Kindes: _____

Diagnosen	
Gutachten von Kinderärzten/ Ambulanzen/ Kliniken? Praxis:	
<input type="checkbox"/> Schweigepflichtsentbindung	
Therapien	
<input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> heilpäd. Therapie <input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Zeitraum: Praxis:	
<input type="checkbox"/> Schweigepflichtsentbindung	
Hatten Sie Kontakt zur Frühförderstelle? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Zeitraum:	
<input type="checkbox"/> Schweigepflichtsentbindung	
Hören und Sehen	
Hatte Ihr Kind mehrfach Mittelohrentzündungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurde die Hörfähigkeit ärztlich untersucht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? _____ <input type="checkbox"/> Ergebnis:	
Wurde die Sehfähigkeit ärztlich untersucht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? _____ <input type="checkbox"/> Ergebnis:	
Trägt Ihr Kind eine Brille? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Sehwerte: _____	
Persönlichkeit	
Womit spielt ihr Kind gerne? Wo liegen seine besonderen Interessen?	
Was kann ihr Kind besonders gut?	
Was kann Ihr Kind noch nicht so gut?	
Eltern	
Erwartungen:	
Darüber mache ich mir Sorgen:	
Wunsch:	
<input type="checkbox"/> Mein Kind soll die Vorschulkklasse besuchen (Mo-Fr 8.00-12.15 Uhr). <input type="checkbox"/> Mein Kind soll in die DFK eingeschult werden. <input type="checkbox"/> Mein Kind soll in einer GANZTAGSKLASSE unterrichtet werden (Mo-Do bis 15.30, Fr bis 12.15 Uhr). <input type="checkbox"/> Mein Kind soll in einer HALBTAGSKLASSE unterrichtet werden (Mo-Fr 12.15 Uhr). <input type="checkbox"/> Mein Kind soll die OGS besuchen (Mo-Do 12.15-15.30 Uhr / min. 2 Tage). <input type="checkbox"/> Mein Kind ist bei der HPT angemeldet.	
Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind für die Diagnoseunterlagen fotografiert wird. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Landsberg am Lech, den _____ Unterschrift _____

Vielen Dank für Ihre Angaben! Wir behandeln sie selbstverständlich vertraulich.