

**VDS1-KJc: Elterliche Anamnese zur Kindes- und Jugendentwicklung  
Zusatzbogen für Kinder im Kindergartenalter**

(die Numerierung der Frageblöcke erfolgt in Ergänzung zum Basisbogen)

Name: ..... Vorname: ..... geb.: .....

**2.16 Kindergarten**

Es besucht den Kindergarten seit ..... (im Alter von ..... Jahren) JA / NEIN  
wenn nein, warum geht es nicht in den Kindergarten: .....

Welchen Kindergarten besucht Ihr Kind (Name und Adresse der Einrichtung?)  
.....

Das ist ein:  
REGELKINDERGARTEN                      INTEGRATIONSKINDERGARTEN                      ANDERE  
Warum haben Sie sich für diesen Kindergarten entschieden?  
.....

Wann besucht es den Kindergarten?                      VORMITTAGS / NACHMITTAGS  
Geht es gerne in den Kindergarten?                      JA / NEIN  
Geht es regelmäßig in den Kindergarten?                      JA / NEIN  
Hatte es Eingewöhnungsschwierigkeiten?                      JA / NEIN  
Wie ging es Ihrem Kind an den ersten Tagen im Kindergarten?  
.....

Wie verlief dabei die Trennung von der MUTTER?  
.....

Berichtet die Erzieherin momentan über Schwierigkeiten?                      JA / NEIN  
wenn ja, welche: .....  
Wie verstehen Sie als Eltern sich mit der Erzieherin?  
.....

Wie ist der Kontakt Ihres Kindes zu:  
den anderen Kindern in der Gruppe: .....  
.....  
der Erzieherin: .....

Welche **Rolle** nimmt Ihr Kind meistens gegenüber den anderen Kindern in der Gruppe ein?  
AUSSENSEITER                      MITLÄUFER                      SPIELMACHER                      KEINE BESONDERE

### 2.18 Sozial-, Spiel- und Gruppenverhalten

Wie verhält das Kind sich **gegenüber Erwachsenen** und wie reagieren diese darauf?  
die **Großeltern** (von VATER / MUTTER):

.....  
.....

**Verkäuferinnen** (z. B. im Supermarkt):

.....  
.....

vollkommen **fremde Personen**:

.....  
.....

Wie verhält das Kind sich gegenüber **anderen Kindern**?

.....  
.....

Was für eine Reaktion ruft es mit seinem Verhalten bei diesen hervor?

.....  
.....

Welche typische Beispielsituation fällt Ihnen dazu ein?

.....  
.....

Wie würden Sie sein **Spielverhalten** beschreiben? Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

- spielt überhaupt viel zu selten
- spielt mehreres nebeneinander
- hat wenig Phantasie
- muß zum Spielen aufgefordert werden, braucht Vorschläge
- kann Spielsequenzen nicht selber planen
- spielt meistens selbständig
- hält sich nicht an Regeln
- zerstört öfter mutwillig Spielsachen
- kann im Spiel völlig versinken
- spielt meistens Rollenspiele (z. B. Vater-Mutter-Kind-Spielen)
- spielt meistens Konstruktionsspiele (z. B. Lego)
- sonstiges: .....

Welche Rolle nimmt es ein gegenüber Spielkameraden?

.....

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende für das Spielverhalten Ihres Kindes mit anderen an:

- ist meist spielbestimmend
- führt häufig die Gruppe
- sucht Kinder zum Mitspielen aus
- kann Spielverläufe mit anderen aushandeln
- sonstige: .....

Wieviele **Freunde** hat es? .....

Gewinnt es leicht Freunde? JA / NEIN

Wie oft pro Woche spielt es mit Freunden? .....

Lädt das Kind von sich aus Kinder zum Spielen nach Hause ein? JA / NEIN

Wird es eher von seinen Freunden besucht oder spielt es häufiger bei ihnen?

.....  
Wird das Kind von Spielkameraden abgelehnt? JA / NEIN

wenn ja, was ist der Grund: .....

Lehnt das Kind von sich aus Spielkameraden ab? JA / NEIN

wenn ja, warum: .....

Wie reagiert Ihr Kind auf Konflikte beim Spielen?

Welche **Spielsituation** bevorzugt Ihr Kind?

ALLEIN SPIELEN    MIT GLEICHALTRIGEN    MIT JÜNGEREN    MIT ÄLTEREN

Mit welchen **Altersgruppen** ist Ihr Kind am häufigsten zusammen?

MIT GLEICHALTRIGEN                      MIT JÜNGEREN                                      MIT ÄLTEREN

Mit welchem Geschlecht spielt Ihr Kind häufiger? JUNGEN / MÄDCHEN

Wo spielt es lieber? IM FREIEN / DRINNEN

### 2.21 Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter

Traten im Verlauf der **Schwangerschaft** Komplikationen auf? JA / NEIN

wenn ja, welche und in welchem Monat: .....

.....  
Haben Sie während der Schwangerschaft Medikamente / Hormone eingenommen, wurden Bestrahlungen vorgenommen oder hatten Sie einen Unfall? JA / NEIN

wenn ja, welche und in welchem Monat: .....

.....  
Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht oder Alkohol getrunken? JA / NEIN

wenn ja, was und in welchem Umfang: .....

War das Kind geplant?

MUTTER: JA / NEIN VATER: JA / NEIN

Haben Sie sich ein bestimmtes Geschlecht bei Ihrem Kind gewünscht?

MUTTER: JA / NEIN VATER: JA / NEIN

Gab es Komplikationen oder Besonderheiten bei und nach der <b>Geburt</b> ?	JA / NEIN
wenn ja, welche: .....	
.....	
.....	
Wie und wie lange waren Sie und Ihr Kind im Krankenhaus untergebracht?	
.....	
.....	
Wie lange haben Sie gestillt? .....	

Traten bei Ihrem Kind im ersten Lebensjahr <b>Krankheiten oder Störungen</b> auf? JA / NEIN
wenn ja, welche: .....
.....
.....

Gibt es bestimmte <b>Ereignisse oder Entwicklungsschritte</b> , die Sie in Verbindung mit den ersten drei Lebensjahren Ihres Kindes erinnern?	JA / NEIN
Bitte schildern Sie, was Ihnen wichtig ist: .....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Wenn es jetzt noch etwas gibt, das Ihnen wichtig ist und das Sie mir mitteilen möchten, so ist hier der Platz dafür:
.....
.....
.....

Vielen Dank für die Mühe, die Sie sich mit dem Ausfüllen des Bogens gemacht haben.