

Kindergartenbericht	Datum:
----------------------------	---------------

Sehr geehrte Damen und Herren,

für das u. g. Kind ist ein stationärer Krankenhausaufenthalt im Epilepsiezentrum Kork geplant. Für einen reibungslosen Ablauf der Behandlung und Betreuung des Kindes bitten wir Sie im Folgenden um einige Informationen.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen an die Eltern zur Weiterleitung an uns zurück.

Für Fragen steht Ihnen unser Team des Zentralen Behandlungsmanagement gerne zur Verfügung:

☎ 07851/84-2170 oder ✉ zbm@diakonie-kork.de

Vielen Dank für die Zusammenarbeit!

Name, Vorname des Kindes		Geb.datum	
Kindergarten (Name, Anschrift, Telefonnummer)			
Beginn Kindergartenzeit			
Ansprechpartner*in im Kindergarten (Kontaktdaten)			

1. Wie schätzen Sie den Entwicklungsstand des Kindes ein?
<i>Sprache</i>
<i>Motorik</i>
<i>Ess- und Reinlichkeitsgewohnheiten</i>
<i>Soziale Integration</i>

Verhalten im Konfliktfall

2. Welchen Eindruck haben Sie vom Spielverhalten des Kindes?

Altersentsprechend

Eigeninitiative und Stimmung beim Spiel

Kontaktverhalten zu Gleichaltrigen

Bevorzugung bestimmter Gegenstände

Phantasie

Ausdauer

Ablenkbarkeit

Impulsivität

3. Gibt es Besonderheiten in der Beziehungsaufnahme mit Gleichaltrigen oder Erwachsenen?

Suche oder Vermeidung von Körperkontakten

Gehemmtheit

Besondere Ängste

Sonstiges

Sonstige Anmerkungen