



## INFORMATIONSBLATT ZUR VORBEREITUNG DER EINGEWÖHNUNG

**Sehr geehrte Erziehungs- und/oder Obsorgeberechtigte,  
liebe Eltern!**

Bitte füllen Sie folgendes Informationsblatt zur Vorbereitung für die Eingewöhnung Ihres Kindes aus.

Bei den Fragen gibt es hinsichtlich der Beantwortung **kein RICHTIG oder FALSCH!**

Wir möchten uns auf die Eingewöhnung Ihres Kindes individuell vorbereiten und benötigen dafür folgende Informationen über Ihr Kind.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Datum: \_\_\_\_\_

Beginn der Eingewöhnung:

\_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

Eingewöhnender Elternteil /Bezugsperson: \_\_\_\_\_



## 1. Familiäres Umfeld

- Wer gehört zur Familie Ihres Kindes? (auch Name der Geschwister und Geburtsjahr)

---

---

---

- Wer sind die Hauptbezugspersonen Ihres Kindes?

---

---

---

- Welche Sprache wird zu Hause gesprochen?

---

---

---

- Ist Ihr Kind derzeit durch Veränderungen seiner Lebenssituation belastet? (z.B.: Umzug, Geburt eines Geschwisterkindes, Trennung der Eltern, Sonstiges, ...)

---

---

---

- Wurde Ihr Kind bisher schon von anderen Personen betreut?  
(Großeltern, Babysitter, Tagesmutter, Kindergruppe, ...)

Nein  Ja: \_\_\_\_\_

- Gab es dabei Schwierigkeiten?

Nein



Ja,  
nämlich: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Nutzen Sie bestimmte Begrüßungs- bzw. Abschiedsrituale?

Nein

Ja

\_\_\_\_\_

• Braucht Ihr Kind etwas Vertrauliches von zu Hause? (Tuch, Kuscheltier, Windel, ...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **2. Entwicklungsschritte**

• Gibt es wichtige Ereignisse von der Geburt bis heute, die wir wissen müssen?

Nein

Ja

\_\_\_\_\_

• Wurden oder werden aktuell unterstützende Therapien in Anspruch genommen?

Nein

Ja

\_\_\_\_\_

• Wenn ja, sollen die Pädagogin/ Kleinkinderzieherin diesbezüglich im Umgang mit Ihrem Kind etwas beachten?

Nein

Ja

\_\_\_\_\_



### **3. Sauberkeitsentwicklung**

- Haben Sie mit der Sauberkeitserziehung bereits begonnen?

Ja  Nein

- Benutzt Ihr Kind die Toilette oder den Topf?

\_\_\_\_\_

- Braucht es dabei Unterstützung?  Ja \_\_\_\_\_  Nein

- Sagt Ihr Kind, wenn es auf die Toilette muss?

Ja  manchmal  gar nicht

- Welches Wort/ Ausdruck verwendet Ihr Kind für „Wasser lassen“ und „Stuhlgang“?

Wasser lassen:

\_\_\_\_\_

Stuhlgang:

\_\_\_\_\_

- Gibt es hierbei ein Ritual?

Ja \_\_\_\_\_  Nein

#### **3.1 Wickelkinder**

- Wie und wo wird Ihr Kind zu Hause gewickelt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Lässt es sich problemlos wickeln?

Ja  Nein



## **4. Sprachentwicklung**

- Welche Worte spricht Ihr Kind?

---

---

---

- Welche Worte versteht Ihr Kind?

---

---

---

- Gibt es „Wortschöpfungen“, Signale/ Zeichen/ Bewegungen, die nur Sie verstehen, aber die für die Pädagogin/ Kleinkinderzieherin von Bedeutung sein könnten?

---

---

---

## **5. Bewegungsentwicklung**

- Kann Ihr Kind krabbeln?  Ja  Nein
- Kann Ihr Kind alleine sitzen?  Ja  Nein
- Lläuft Ihr Kind?  sicher  unsicher  gar nicht
- Kann Ihr Kind alleine Treppen steigen?  Ja  Nein



## 6. Sozial- und Spielverhalten

- Hat Ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern?     ja     Nein
- Wie spielt Ihr Kind am liebsten?     alleine     mit anderen Kindern     mit Erwachsenen

- Womit spielt Ihr Kind am liebsten?

---

---

---

- Kann sich Ihr Kind einige Zeit allein beschäftigen?

Ja, sehr gut.     Ja, aber selten.     Nein, eher gar nicht.

- Womit kann sich Ihr Kind längere Zeit (alleine) beschäftigen?

---

---

---

- Gibt es zurzeit Besonderheiten im Bereich des Sozialverhaltens? (z.B.: Besondere Anhänglichkeit, Trotzverhalten, beißen, zwicken, ...)

---

---

---

## 7. Essen und Trinken

- Wann bekommt Ihr Kind derzeit seine Mahlzeiten?

---

---

---



- Wo bekommt Ihr Kind seine Mahlzeiten und gibt es Rituale? (z.B.: Hochstuhl, am Schoß, ...)

---

---

---

- Womit isst Ihr Kind? (Löffel, Gabel, Messer, Hände)

---

---

---

- Welche Trinkgewohnheiten hat Ihr Kind? (Becher, Flasche, Glas, ...)

---

---

---

## **8. Schlafgewohnheiten**

- Zu welchen Zeiten schläft Ihr Kind?

---

---

---

- Wo schläft es? (Kinderwagen, eigenes Bett, Gitterbett, bei den Eltern)

---

---

---

- Schläft es lieber im Dunkeln oder im Hellen?

---

---

---

- Benötigt es einen Schnuller oder eine andere „Einschlafhilfe“?

---

---

---



- Gibt es ein „Zu-Bett-geh“ – Ritual?

---

---

---

## **9. Ängste und Trauer**

- Zeigt Ihr Kind Ängste? Wenn ja, welche? (Tiere, Dunkelheit, Gewitter, ...)

---

---

---

- Wie verhält sich Ihr Kind bei Angst, Trauer, Schmerz, Wut und wie können wir Ihr Kind in dieser Situation trösten oder beruhigen?

---

---

---

## **11. Welche Wünsche haben Sie als Eltern/Erziehungs- bzw. Oborgerechtigter an die Kinderbildungs- und –betreuungseinrichtung?**

---

---

---

---

---

**Vielen Dank für die Zusammenarbeit!**