

## **Aufnahmebogen bei Erstantrag**

(bitte von der Kita ausfüllen)

An den  
Landkreis Aurich  
Amt für Jugend und Soziales  
Fräuleinshof 3  
26506 Norden

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Institution/Einrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/ E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Seit wann besucht das Kind diese Einrichtung? \_\_\_\_\_

Wie viele Stunden pro Tag besucht das Kind diese Einrichtung? \_\_\_\_\_

Besucht das Kind die Einrichtung regelmäßig?

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Keine Angabe möglich |
| <input type="checkbox"/> Nein |   |

In welchem Umfang wurde das Kind bereits gefördert?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Frühförderung | <input type="checkbox"/> Regelgruppe        |
| <input type="checkbox"/> Kinderkrippe  | <input type="checkbox"/> Integrationsgruppe |

**Organisatorisches/Strukturelles:**

*Gruppenstärke und Personelle Ausstattung*

Anzahl der Kinder in der Gruppe: \_\_\_\_\_

Anzahl der Kinder mit erhöhtem Förderbedarf: \_\_\_\_\_

Anzahl pädagogischer Fachkräfte in der Gruppe: \_\_\_\_\_

Gibt es Gruppenaktivitäten, an denen das Kind nicht teilnehmen kann / darf?

\_\_\_\_\_

**Entwicklungseinschätzung nach den Lebensbereichen der ICF (ressourcenorientiert):**

*Lebensbereich 1: Lernen und Wissensanwendung*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Lebensbereich 2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Lebensbereich 3: Kommunikation*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Lebensbereich 4: Mobilität*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



*Lebensbereich 5: Selbstversorgung*

---

---

*Lebensbereich 6: Häusliches Leben*

---

---

*Lebensbereich 7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen*

---

---

*Lebensbereich 8: Bedeutende Lebensbereiche*

---

---

*Lebensbereich 9: Gemeinschafts-, soziales- und staatsbürgerliches Leben*

---

---

Wichtige Informationen aus der Elternarbeit / Elterngespräche / Absprachen

---

---

Sonstige Bemerkungen

---

---



**Medizinische/Pflegerische Indikationen:**

*Welche Hilfsmittel werden verwendet (Brille, Orthesen, Talker usw.) ?*

---

*Welche Hilfsmittel wären notwendig?*

---

*Ist eine Medikamentengabe in der Einrichtung erforderlich?*

---

*Gibt es psychosomatische Anzeichen (z.B. Bauchschmerzen, Übelkeit, Einnässen, Lautstärke, möchte nicht essen etc.)?*

---

---

Welche Kooperationen mit anderen Fachkräften werden in der Einrichtung angeboten?

---

---

---

Ort, Datum

---

---

