**Anlage B, „Dokumentationsbogen zur systematischen Erfassung der familiären (Vor)geschichte des Kindes (Anamnese)“** Die rechtskonforme Verarbeitung personenbezogener Daten wird versichert. Auskunftsersuchen von Behörden oder sonstigen öffentlichen Stellen sind nur aufgrund gesetzl. Regelungen möglich. In Zweifelsfällen wird vor Erteilung der Auskunft die / der Datenschutzbeauftragte befragt. Auskünfte werden grundsätzlich schriftlich erteilt. Telefonische Auskünfte werden nicht gegeben. Es werden keine vertraulichen Inhalte auf Anrufbeantworter gesprochen. Kommt es nicht zu einem Betreuungsvertrag, werden diesseitige Angaben unverarbeitet, datengesichert und nicht für Dritte zugänglich, archiviert. Alle Angaben sind freiwillig

**Nur ein vollständig ausgefüllter Dokumentationsbogen führt zu „Schritt 5 der Wegbeschreibung“. Bei Abschluss eines Betreuungsvertrages, ist dieser Dokumentationsbogen Vertragsbestandteil**

**Füllen Sie ein Formularfeld nicht aus, dann notieren Sie darin bitte: NN**

--

**Angaben zu A.** **Mutter** (leiblich)

Name(n) Vorname(n)
Geburtsdatum / Nationalität

--

**Angaben zu B.** **Vater** (leiblich)

Name(n) Vorname(n)
Geburtsdatum / Nationalität

--

**ANGABEN ZU DEN SORGEBERECHTIGTEN**
A. **Mutter** **IST** **SORGEBERECHTIGT** **JA [ ]  NEIN [ ]**
B. **Vater** **IST** **SORGEBERECHTIGT** **JA [ ]  NEIN [ ]**
<http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/__1626.html>

--

|  |
| --- |
| **Privatanschriften / Ausbildungen / Berufstätigkeiten** |
|  | **zu A.** | **zu B.** |
| **Str. / Nr.** |  |  |
| **PLZ / Ort** |  |  |
| **Privat = Festnetz / Mobil** |  |  |
| **Privat = E-Mail** |  |  |
| **Privat = Website** |  |  |
| **Ausbildung** |  |  |
| **Aktuelle berufl. Tätigkeit** |  |  |

|  |
| --- |
| **Diensterreichbarkeit / Arbeitgeber** |
|  | **zu A.** | **zu B.** |
| **Arbeitgeber / Name** |  |  |
| **Anschrift** |  |  |
| **Dienst = Festnetz / Mobil** |  |  |
| **Dienst = E-Mail** |  |  |
| **Dienst = Website** |  |  |

--

**Angaben zu C. Kind**

Name(n) Vorname(n)

Geburtsdatum / Nationalität
männlich / weiblich **m [ ]  w [ ]**

--

**Angaben zur *Patchwork-Familie*** (<http://www.familienratgeber-nrw.de/index.php?id=1891>)

 **Zutreffendes bitte ankreuzen**

1. Kind (C.) lebt mit leiblichem Vater **[ ]** ist alleinerziehend **[ ]**
2. Kind (C.) lebt mit leiblicher Mutter **[ ]** ist alleinerziehend **[ ]**
3. Kind (C.) lebt mit Lebensgefährtem der Mutter **[ ]**
4. Kind (C.) lebt mit Lebensgefährtin des Vaters **[ ]**

--

Wer hat das **Sorgerecht**?

--

Anzahl der **Geschwister** **Geschlecht       Alter**

Anzahl der Halbgeschwister **Geschlecht       Alter**

Anzahl der Stiefgeschwister       **Geschlecht       Alter**

--

Leben die Großeltern (**mütterlicherseits**) in der Nähe der Kindeswohnung? **JA [ ]  NEIN [ ]  etwaige Entfg. in Km**

Leben die Großeltern (**väterlicherseits**) in der Nähe der Kindeswohnung? **JA [ ]  NEIN [ ]  etwaige Entfg. in Km**

--

Leben **Tiere** im Haushalt? Wenn ja, wie viele       und welche

--

**Zum Kind (C.)**
--

**Betreuungserfahrung** **JA** **[ ]  NEIN [ ]  wenn ja, bitte erläutern**
Kontakte zu **Beratungsstellen** o.ä. **JA [ ]  NEIN [ ]  wenn ja, bitte erläutern**
--

**Kinderarzt**/**ärztin** Praxisanschrift

Rufnummer/n Website / E-Mail

Letzter Kinderarztbesuch

--

**Vorsorgeuntersuchungen -** vgl. : <http://www.familienratgeber-nrw.de/index.php?id=1872>

**ZUTREFFENDES BITTE ankreuzen**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **U1** | **U2** | **U3** | **U4** | **U5** | **U6** | **U7** | **U7a** | **U8** | **U9** | **U10** |
| **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |

**Befunde** / Vorsorgeuntersuchungen

Krankenversichert bei **Mitgliedsnummer**

Unfallversichert bei **Mitgliedsnummer**

--

**Blutgruppe** **Letzte Tetanus-Impfung**
--

Bisherige **Impfungen** (bitte mit Datumsangabe)

--

Sind **Erkrankungen** bekannt, wenn ja - welche

--

Sind **Behinderungen** bekannt, wenn ja - welche

**--**

Bestehen **ärztliche Einweisungen**

(Stellen von Medikamenten nach ärztlicher Anordnung / Unterweisung) | **ggfs. beigefügt**

 --

Ist das Kind derzeit gesund **[ ]** oder in ärztlicher Behandlung **[ ]**

--

**ANGABEN** zur **Schwangerschaft** zum **Geburtsverlauf**

zur **Stillzeit** (auch Dauer) zu den ersten 4 Lebensmonaten

Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft?

--

Sind **Diäten** zu berücksichtigen? Sind **Allergien** bekannt?

(Pflasterallergie, allergische Reaktionen auf Sonnencreme,

Asthma, Heuschnupfen, Allergiepass vorhanden? **[ ]** Sonstiges)

--

Gibt es **auffälliges** Verhalten? Gibt es **Rituale** (z.B. Einschlafen)?

--
**Krankenhauserfahrung**/en **JA [ ]  NEIN [ ]** zum Beispiel **Operationen**

**wenn ja, bitte erläutern**

--
Erkrankungen in der **Familie** **(**zum Beispiel**: Epilepsie, „plötzlicher Kindstod“)**

--

**Kopien v. Impfausweis + ärztlichem Vorsorgeuntersuchungsheft sind Bestandteil/e der Aufnahmeunterlagen**

--

Angaben zu **Essgewohnheiten**

Angaben zu **Verboten**

Besondere **Fördererfordernisse**

--

Weitere **Bezugspersonen** / Verhältnis zum Kind

--

**Zusätzliche Bemerkungen**

(zum Beispiel Auffälligkeiten / Wissenswertes)

--

**Motorische Entwicklung (Bewegungsentwicklung / Grob-, Feinmotorik)**

Zutreffendes bitte ankreuzen

**bis zum 3. Lebensmonat**

Kopfkontrolle **[ ]** Körperhaltung **[ ]**

Manuelle Fähigkeiten **[ ]** Auge-Hand-Koordination **[ ]**

**4. bis 9. Lebensmonat**

Drehungen **[ ]** Kriechen und Krabbeln **[ ]**

Sitzen **[ ]** Stehen **[ ]**

Manuelle Fähigkeiten:

Greifen **[ ]**

**ab 10 Monate**

Stehen & Gehen **[ ]** Feinmotorik **[ ]**

**ab 11 Monate**

Kind kann klatschen **[ ]**

**ab 15 Monaten**

Kind kann Tasse gut halten /

aus ihr trinken, ohne viel zu verschütten **[ ]**

es kann gut mit dem Löffel umgehen **[ ]**

**ab 18 Monate**

Blättert mehrere Buchseiten um **[ ]**

beginnende Freude am „kritzeln“ **[ ]**

**ab 2 Jahre**

Blättert Buchseiten einzeln um,

zieht sich Kleidungsstücke selbst an/aus **[ ]**

**ab 2 ½ Jahre**

Türme aus 8 Bauklötzen; kann gut mit Knöpfen umgehen **[ ]**

Gibt es **Auffälligkeiten** im motorischen Verhalten?

--

**Sprachentwicklung**

Zutreffendes bitte ankreuzen

**Erste Lebenswochen**

Unterschiedliche Schreie, Schmatzen, Glucksen

Erste Laute (aaa, gr) [ ]

**2.Lebensmonat**

Blickkontakt **[ ]** Stimmvariationen **[ ]**

**­3. – 6. Lebensmonat**

Unterschiedliche Laute und Silben **[ ]** Bewusstes einsetzen der Stimme **[ ]**

**7.- 9. Lebensmonat**

Bilden von Silbenketten und Doppelsilben **[ ]** Nachahmung von lauten und **[ ]**

Sprechmelodien **[ ]**

**--**

**10.- 12. Lebensmonat**

Einsatz nonverbaler Kommunikation **[ ]** Bildung von Doppelsilben (z.B. „baba“) **[ ]**
Das Kind imitiert **[ ]** Lautkombinationen und Melodien **[ ]**

**13.- 18. Lebensmonat**

Wortschatz von 10- 20 Worte **[ ]** Lernen von saugen und pusten **[ ]**

**19.- 24. Lebensmonat**

Wortschatz von 20- 50 Wort

 (Schlüsselbegriffe) **[ ]** Bildung von Zwei- und Dreiwortsätzen **[ ]**

Das Kind kann ein Lied singen **[ ]**

**3. Lebensjahr**

Das Kind kann nun

alle Konsonanten isoliert bilden **[ ]** Das Kind verwendet „ich“ **[ ]**
Das Kind fragt „warum?“ **[ ]** Das Kind bildet 3- 5 Wort-Sätze **[ ]**
--

Gibt es **Auffälligkeiten** im Sprachverhalten?       Welche Worte versteht das Kind?

--

Wurden **Auffälligkeiten** in den Bereichen: Motorik, Wahrnehmung,

Sozialverhalten festgestellt? (wann? und von wem?) **JA [ ]  NEIN [ ]**

Bisherige **therapeutische** Maßnahmen **JA [ ]  NEIN [ ]**

(z. B. Logopädie, Krankengymnastik, Ergotherapie oder ähnliches, wann? wo?)

--

Sind **therapeutische** Maßnahmen (o.ä.) zu erwarten? **JA [ ]  NEIN [ ]**

--

Erhält das Kind weitere **Fördermaßnahmen** (Freizeitangebote)?

(z. B. Sportverein, Musikschule, Reiten oder ähnliches) **JA [ ]  NEIN [ ]**

--

Liegen **Herzerkrankungen** vor? **JA [ ]  NEIN [ ]**

(Herzfehler, Geräusche, Herzpass, Sonstiges)

Gibt es eine **Stoffwechselerkrankung**? **JA [ ]  NEIN [ ]**

(z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Nierenerkrankung, Sonstiges)

--

Leidet das Kind an Erkrankungen des **Nervensystems**? **JA [ ]  NEIN [ ]**

(Krampfleiden, Epilepsiform Anfälle, Sonstiges)

Liegt eine **Bluterkrankung** vor? **JA [ ]  NEIN [ ]**

Hat(te) Ihr Kind eine **Infektionskrankheit**? **JA [ ]  NEIN [ ]**

(Hepatitis, Tuberkulose, HIV o.ä.)

--

Hat Ihr Kind ein **Lieblingsspiel/Spielzeug**? **JA [ ]  NEIN [ ]**

--

Erwartungen / Wünsche an die TPB | (empfohlen von) **JA [ ]  NEIN [ ]**

--

Bestehen Allergien beim Kind oder den Eltern? **JA [ ]  NEIN [ ]**

(Pflanzen, Tiere, Gemüse, Nüsse, o.ä.)

--

Ernähren sie sich, Eltern und Kind, vegan, vegetarisch, **JA [ ]  NEIN [ ]**

oder Mischkost, Fleisch/Wild mit Fisch und Milchprodukten?

--

Die ***Tagespflege Büttgenbach*** übernimmt (für den vertraglich vereinbarten täglichen Zeitrahmen) die Bildung, Erziehung, Betreuung und Versorgung Ihres Kindes. In dieser Zeit obliegt dem ihr die gesetzliche Aufsichtspflicht, vgl. § 832 Haftung des Aufsichtspflichtigen Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]. Die/Der Sorgeberechtigte/n (SB) verpflichten sich, zur pünktlichen Abholung ihres Kindes. Soll ein Dritter Ihr Kind abholen, muss dies der TPB rechtzeitig bekannt gegeben werden. Hierbei kann es sich ausschließlich um nachstehend aufgeführte Personen handeln (aus personenschutzrechtlichen Gründen wird Ihr Kind in keinem Fall - auch nicht bei Vorlage einer spontanen schriftlichen Erlaubnis) einem – der TPB nicht persönlich bekannten Dritten - zur Abholung übergeben <http://www.mfkjks.nrw.de/kinder-und-jugend/kibiz-aenderungsgesetz/kibiz.html>

Name/n, Vorname/n, Verhältnis zum Kind, Str., PLZ, Wohnort/Stadtteil, Festnetz/Mobil

Name/n, Vorname/n, Verhältnis zum Kind, Str., PLZ, Wohnort/Stadtteil, Festnetz/Mobil

Name/n, Vorname/n, Verhältnis zum Kind, Str., PLZ, Wohnort/Stadtteil, Festnetz/Mobil

Name/n, Vorname/n, Verhältnis zum Kind, Str., PLZ, Wohnort/Stadtteil, Festnetz/Mobil

**Jeweilige Ausweiskopien werden vor dem 1. Betreuungstag der *Tagespflege Büttgenbach*** **eingereicht**

--

**SONSTIGES / BEMERKUNGEN**

--

**Voraussichtlicher (gewünschter) Betreuungsbedarf**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Montag** | **Dienstag** | **Mittwoch** | **Donnerstag** | **Freitag** | **Samstag** | **Sonntag** |
| **von - bis** |       |       |       |       |       |       |       |
| Std. **/ Tag** |       |       |       |       |       |       |       |
| Std. **/ Wo.** |       |
|  |
| **Gewünschter 1. Tag / Betreuungsbeginn** |       |
| **Beginn der Eingewöhnungszeit**(in der Regel 4 Wochen vor „1. Tag / Betreuungsbeginn) |       |
| **Bemerkungen** |       |
|  |
| **Wodurch, durch wen und / oder durch was****und / oder wo sind Sie auf****die „*Tagespflegestelle Büttgenbach*“****aufmerksam geworden?** |       |

--

**Bürgerliches Gesetzbuch (BGB**) <http://dejure.org/gesetze/BGB/1631.html>

**§ 1631 Inhalt und Grenzen der Personensorge**

**(2) Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig**

**===========================================================================**

**--**

**Wird von der Tagespflegestelle ausgefüllt**

**Erstkontakt** am

per Anruf **[ ]** per E-Mail **[ ]** per

**Erstgespräch** am

**Teilnehmer/innen** A. **[ ]** B. **[ ]** C. **[ ]** D. **[ ]**

--