**Bezeichnung der Kindertagesstätte**



*Bezeichnung der Kindertagesstätte*

Anschrift: *Straße, Hausnummer, PLZ, Ort*

Ansprechpartner/-in *Vor- und Nachname* Tel.Nr.: *tagsüber erreichbar*

**Angaben zum Kind**

Name: *Vor- und Nachname des Kindes* Geburtsdatum: *Geburtsdatum des Kindes*

Anschrift: *Straße, Hausnummer, PLZ, Ort*

Eltern / Sorgeberechtigte: *Vor- und Nachnamen der Eltern und ggf. Angabe der Sorgeberechtigten*   
 (falls von Eltern abweichend)

**Rahmenbedingungen in der Kindertagesstätte**

(Gruppengröße, Personalausstattung, Betreuungskonzept, bauliche Gegebenheiten usw.):

**Bekannte medizinische Diagnosen:**

**Bekannte ärztliche Verordnungen** (z. B. Ergotherapie, Logopädie):

**Bei Neuanträgen oder wesentlichen Änderungen: Information zu pädagogisch-psychologischen Stellungnahmen** (z. B. Testung durch Frühförderstelle, Informationen seitens der Mobilen Sonderpädagogischen Hilfe, sofern bekannt):

**Auswirkungen der Behinderung auf die Entwicklung und Teilhabe des Kindes:**Behinderungsbedingte Folgen, die sich auf sämtliche Bereiche des Lebens und/oder auf die persönliche Entwicklung auswirken.

Erforderliche Hilfsmittel:

Angaben zu speziellen pflegerischen Erfordernissen (sofern bekannt):

**Entwicklungsstand & -verlauf im zurückliegenden Zeitraum / Entwicklungsplanung:**

Bei erstmaligen Berichten beschreiben Sie bitte ausführlich den Entwicklungsstand des Kindes, bei Folgeberichten genügt eine Kurzdarstellung, wenn sich **keine** wesentlichen Änderungen ergeben haben.

|  |  |
| --- | --- |
| **Entwicklungsstand**  Welche Entwicklungsunterschiede zeigen sich im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern? In welchen Situationen wird das deutlich, welche Auswirkungen zeigen sich? | **Angestrebte Förderziele und damit zusammenhängende Maßnahmen, ggf. verwendete Hilfsmittel**  Welche Teilhabeziele ergeben sich aufgrund des Entwicklungsstandes? Welche Maßnahmen wurden deshalb von der Kindertagesstätte ergriffen, um die benannten Teilhabeziele zu erreichen? |
| **Lebenspraktischer Bereich / Selbstversorgung (z. B. Körperpflege / Nahrungsaufnahme)** | |
|  |  |
| **Kommunikation / Sprache** | |
|  |  |
| **Mobilität/ Motorik** | |
|  |  |
| **Sozial- / emotionales Verhalten** | |
|  |  |
| **Spielverhalten/ Eigenbeschäftigung** | |
|  |  |
| **Verhaltensbesonderheiten** | |
|  |  |
| **Sonstiges (z. B. besonderer Betreuungsbedarf, Wahrnehmung/Orientierung, Kognition)** | |
|  |  |
| **Fachdienstleistungen** | |
| Die Fachdienstleistungen erfolgen durch:  eigene  externe Kräfte. Bei einer Fremdvergabe nennen Sie bitte Ihren Vertragspartner: *Vorname, Name des Vertragspartners*  Die Kindertageseinrichtung entscheidet eigenverantwortlich die Fremdvergabe von Fachdienstleistungen, behält jedoch für diesen Fall die Verantwortung zu einer zielführenden Umsetzung der Leistungsinhalte. | |
| **Die Leistungen des Fachdienstes erfolgen als:**  Einzelarbeit mit dem Kind  ausschließlich  mehrmals pro Monat  vereinzelt  nie  Kleingruppenarbeit  ausschließlich  mehrmals pro Monat  vereinzelt  nie  Beratung der Kindertagesstätte  ausschließlich  mehrmals pro Monat  vereinzelt  nie  Beratung der Eltern  ausschließlich  mehrmals pro Monat  vereinzelt  nie | |
| **Kurze Angaben zu den Inhalten der fachdienstlichen Beratung / Förderung:**    **Vereinbarte Zielsetzungen:**    **Darstellung der diesbezüglichen Ergebnisqualität:** | |

*Datum*

Datum Unterschrift Kindertagesstätte / des Ausfüllenden