**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 zusammenhängendeMaßnahmen, 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