Fragebogen Kinderhaus Imago Baar

**Betreuungsplatz für Kinder mit einer Behinderung und/oder Verhaltensauffälligkeiten**

**Personalien des Kindes**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Nationalität / Konfession |  |
| Sprachen |  |
| Geschwister | Vorname Jahrgang |

**Weitere Notfall-Adressen (falls die Erziehungsberechtigten 1+2 nicht erreichbar sind)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Name |  |
| Vorname |  | Vorname |  |
| Adresse |  | Adresse |  |
| Telefon | P. | Telefon | P. |
|  | G. |  | G. |
|  | Mobile |  | Mobile |
| E-Mail |  | E-Mail |  |

**Therapien die ihr Kind gutgesprochen hat**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Kontakt Therapeut\*in** | **E-Mail / Telefon** |
| **Physiotherapie** | Name:  Adresse: | E-Mail:  Telefon: |
| **Früherziehung** (pädagogisch-therapeutische Massnahmen) | Name:  Adresse: | E-Mail:  Telefon: |
| **Ergotherapie** | Name:  Adresse: | E-Mail:  Telefon: |
| **Logotherapie** | Name:  Adresse: | E-Mail:  Telefon: |
| **Audiotherapie** | Name:  Adresse: | E-Mail:  Telefon: |
| **Weitere Therapien** | Name:  Adresse:  Name:  Adresse: | E-Mail:  Telefon:  E-Mail:  Telefon: |

Medizinische Betreuung

**Kontaktadressen Hausarzt / Spital**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Name |  |
| Vorname |  | Vorname |  |
| Adresse |  | Adresse |  |
| Telefon | P. | Telefon | P. |
|  | G. |  | G. |
|  | Mobile |  | Mobile |
| E-Mail |  | E-Mail |  |

**Kontaktadressen Spezialärzte**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Name |  | |
| Vorname |  | Vorname |  | |
| Adresse |  | Adresse |  | |
| Telefon | P. | Telefon | P. | |
|  | G. |  | G. | |
|  | Mobile |  | Mobile | |
| E-Mail |  | E-Mail |  | |
| **Medizinische Diagnose** | | | |
| **Notfall-Medikamente / Dauermedikation** | | | |
| **Besonderheiten / mögliche Notfallsituationen** | | | |

**Bitte aktuelle Spital-, Arzt-, Therapie- Berichte beilegen!**

Beschreibung des Kindes

|  |
| --- |
| **Kommunikation** (Kann Ihr Kind sprechen? Kommuniziert es mit Tafeln? Wie drückt es sich aus?) |
| **Motorik und Mobilität** (Liegen, Sitzen, Stehen, Gehen, evtl. Lagerungsmöglichkeiten) |
| **Hilfsmittel** (Rollstuhl, Stehbrett, Bettgitter, Sondomat, etc.) |
| **Wahrnehmung** (Sehen, Hören, etc.) |
| **An- und Ausziehen** (Worauf ist zu achten?) |
| **Essen und Trinken** (Was isst und trinkt Ihr Kind zum Frühstück, Znüni, Mittagessen, Zvieri, Nachtessen? Ist das Essen püriert, fein zerschnitten? Isst und trinkt es selbständig? Braucht Ihr Kind spezielles Besteck, Teller, Becher? Lieblingsessen? Lieblingsgetränk? Was hat Ihr Kind nicht gerne? Was kann oder darf es nicht essen/trinken? Menge? Diät?) |
| **Hygiene** (Trägt Ihr Kind Windeln? Gibt es etwas Spezielles zu beachten? WC-Training? Zeiten? WC-Stuhl? Wann sollte Ihr Kind Stuhlgang haben? Braucht es dazu ein Micro-Clist, Zäpfchen? Spezielle Salben, Oele zum Einreiben? Zähne putzen mit elektrischer Zahnbürste oder manuell?) |
| **Schlafen** (Lagerung und Schlafgewohnheiten während der Nacht? Ritual vor dem Schlafengehen? Wie ist es gewohnt, Mittagspause zu machen? Tag-Nachtrhythmus? Gewohnte Schlafenszeiten und Schlafrhythmus) |
| **Spielen, Beschäftigung** (Was macht es gerne? In welcher Lagerung ist es Ihrem Kind am wohlsten?) |
| **Pflege** (Muss Ihr Kind tagsüber liegen? Wie lange? Muss es nachts umgelagert werden? Wie oft? Trägt es Schienen oder ein Korsett (immer, stundenweise, tagsüber, nachts)? Trägt es einen Katheter? |
| **Besonderes** (Was hilft, wenn Ihr Kind unzufrieden ist? Reagiert es allergisch auf bestimmte Medikamente oder Nahrungsmittel?) |

Mai 2021