

# Erfassungsbogen Kita-Begleitung

Erfassungsbogen für das Jahr: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Kinderkrippe                       Kindergarten                       Kinderhort

Neuantrag                                       Verlängerungsantrag

**vom Erziehungsberechtigten auszufüllen!**

## 1. Persönliche Angaben des Kindes bzw. des/der Jugendlichen

Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Name und Ort Kita		
Gruppe, Kita-Jahr		

## 2. Diagnosen (bitte ärztliche Berichte beilegen)

Diagnosen (bitte ärztliche Berichte beilegen)		
Behinderungen	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> seelische Behinderung nach ICD 10:	
	<input type="checkbox"/> Epilepsie	Letzter Anfall: Häufigkeit der Anfälle: Besteht Lebensgefahr bei einzelnen Anfällen: Anzahl der Notarzteinsätze pro Monat:
Chronische Erkrankungen, die den Betreuungs- und Pflegebedarf erhöhen (z. B. Diabetes, Allergien, Hepatitis)		

## 3. Aufenthalte und Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie / im Krankenhaus / beim Facharzt im letzten Kindergartenjahr

Wann	
Ort	
Medikation	



**Hinweis:**

Die nachfolgenden Angaben sind von der Kita in Absprache mit den Eltern auszufüllen

**4. Therapeutische Behandlungsmaßnahmen während der Kindergartenzeit**

	Stunden pro Woche
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	
<input type="checkbox"/> Logopädie	
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

**5. Fachdienst**

<input type="checkbox"/> beantragt	
<input type="checkbox"/> findet statt	
Evtl. Ansprechperson	

**6. Lebenspraktische Hilfestellungen und einfache pflegerische Tätigkeiten**

**6.1 Besondere Hilfen bei Alltagsverrichtungen**

Essen		<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> keine
Toilette		<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> keine
Kleidung		<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> keine

**6.2 Hilfestellung bei der Vorbereitung des Arbeitsplatzes**

--

**6.3 Medizinisch-pflegerische Versorgung (z. B. PEG, Stoma, Katheter, Beatmungsgerät, Baclophenpumpe, Trachealkanüle, regelmäßiges Umlagern, Hilfsmittelversorgung etc.)**

**Hinweis:**

Sollten o. g. medizinisch-pflegerische Tätigkeiten erforderlich sein, bitten wir eine **ärztliche „Verordnung über häusliche Krankenpflege“** im Rahmen der Behandlungspflege während der Kita-Zeit einzureichen.

--

**7. Hilfen zur Mobilität, Motorik, Orientierung und Wahrnehmung**

Mobilität	
Motorik	
Orientierung	
Wahrnehmung	

**8. Unterstützung im sozialen und emotionalen Bereich sowie bei Krisen**

**Herausforderndes Verhalten**

<input type="checkbox"/> Fremdgefährdendes Verhalten <input type="checkbox"/> Selbstgefährdendes Verhalten <input type="checkbox"/> Störung des Sozialverhaltens <input type="checkbox"/> Sexuelle Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Zwanghafte Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/> gesteigertes Angst- und Rückzugsverhalten <input type="checkbox"/> Weglauftendenzen <input type="checkbox"/> gesteigertes Unruheverhalten <input type="checkbox"/> Enuresis/Enkopresis <input type="checkbox"/>
<p><b>Anmerkungen zu den genannten Verhaltensweisen und notwendige Maßnahmen</b></p> <p>(notwendige Auszeiten / besonders intensives, häufiges Auftreten / räumliche Notwendigkeiten / Häufigkeit des Auftretens)</p>	

## 9. Unterstützung bei der Kommunikation mit Personal und Kindern/Jugendlichen

### 9.1 Kommunikation

Entwicklung der expressiven Sprache und Beschreibung der notwendigen Maßnahmen	
Entwicklung der rezeptiven Sprache und Beschreibung der notwendigen Maßnahmen	
<input type="checkbox"/> Unterstützte Kommunikation erforderlich	
<input type="checkbox"/> Basale Kommunikation erforderlich	

### 9.2 Weitere besondere Hilfebedarfe

--

### 9.3 Rahmenbedingungen im Gruppenverband

Personelle Ausstattung in der Gruppe	
Anzahl der Kinder/Jugendlichen, die in die Gruppe der Kita gehen	
Ist in der Gruppe ein/e weitere/s/r Kind/Jugendliche/r mit Individualbetreuung?	<input type="checkbox"/> ja (Name und Stundenumfang) <input type="checkbox"/> nein
Ist eine Maßnahmekombination denkbar?	

### 9.3 Zeitlicher Umfang einer Kita-Begleitung

Gesamte wöchentliche Buchungszeit in der Kita	
Die Kita-Begleitung ist zu folgenden Zeiten notwendig	
Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	

Freitag	
<input type="checkbox"/> Eine Vorbereitungszeit ist notwendig	
<input type="checkbox"/> Eine Nachbereitungszeit ist notwendig	
Die Kita-Begleitung deckt den Bedarf vollumfänglich ab	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Es verbleibt folgende gesamte Restbuchungszeit:  _____ Stunden/Woche  Diese soll über eine integ. Betreuung (5,5-Faktor) abgedeckt werden:  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte zwingend den „Antrag integrative KITA“ einreichen

Ort, Datum	Unterschrift, Stempel der Einrichtung

Ort, Datum	Unterschrift der Eltern/sorgeberechtigten Person/en