**Sonderpädagogische Beratungsstelle Offenburg**

**- Schwerpunkt Sprache und kindliche Entwicklung -**

Vogesenstraße 30, 77652 Offenburg

Tel: 0781 – 92 69 22

E-Mail: info[@beratungsstelle-og.de](mailto:contact@beratungsstelle-og.de)

www.beratungsstelle-og.de



**Vorbericht / Entwicklungsbericht**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Personenbezogene Daten des Kindes** | | | | | | |
| Name | | | Vorname      weibl.☐ männl.☐ | | | Geburtsdatum |
| Nationalität & Geburtsort | | | Muttersprache | | | Gesprochene Sprache |
| Name, Anschrift, Tel., **Mutter**:  Sorgeberechtigt: ja ☐ nein ☐ | | | | | Name, Anschrift (wenn abweichend), Tel., **Vater**:  Sorgeberechtigt: ja ☐ nein ☐ | |
| Geschwisterkinder (Name und Alter) | | | | | | |
| 1. **Derzeit besuchte Einrichtung** | | | | | | |
| Name des Kindergartens | | | | | | |
| Straße, Hausnummer | | | | | | |
| Postleitzahl | Ort | | | Telefon & E-Mail-Adresse | | |
| Erzieher/in | | | | Seit wann besucht das Kind die Einrichtung? | | |
| 1. **Wurde bereits Kontakt zum Jugendamt/Amt für Soziales und Versorgung aufgenommen?** | | | | | | |
| ❑ ja ❑ nein | | Wenn ja, zuständ. Mitarbeiter/in:  Name:  Tel.: | | | | |
| 1. **Findet eine therapeutische Förderung statt? (Logopädie, Ergotherapie, psychologische Betreuung, Physiotherapie…)** | | | | | | |
| ❑ ja ❑ nein | | Wenn ja, Name der Praxis/Therapeut/in:  Name:  Tel.:  Name:  Tel.: | | | | |
| 1. **Fand bereits eine Beratung und/oder Überprüfung durch eine/n Mitarbeiter/in der Sonderpädagogischen Beratungsstelle statt?** | | | | | | |
| ❑ ja ❑ nein | | Wenn ja, zuständ. Mitarbeiter/in:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **6. Kinderarzt/**  **Kinderärztin** | | Name:  Tel.: | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kurzdarstellung des Problems & diagnostische Fragestellung** | |
| **Besonderheiten in der Entwicklung**  *Sprachentwicklung, Motorik, Hören, Sehen, gesundheitliche Beeinträchtigungen, Medikamente,*  *bisherige Therapien – Logopädie, Ergotherapie, psychologische Betreuung  …*    **ggf. Therapieberichte als Anlage** |  |
| **Spiel- und Lernverhalten**  *Beobachtungen in gezielten Angeboten und im Freispiel, Rollenspiel, Regelverständnis, Mitarbeit, Leistungsbereitschaft, Motivation, Selbstständigkeit, Konzentration, Neugierde, Aufmerksamkeitsspanne, Merkfähigkeit,*  *Anstrengungsbereitschaft, Arbeitstempo, Genauigkeit,*  *Eigeninitiative, Interesse,*  *Ablenkbarkeit,*  *Ordnungsverhalten, Umgang mit Anforderungen, Frustrationstoleranz,*  *Umgang mit Fehlern,*  *Angst vor Misserfolgen,*  *Unruhe/Bewegungsdrang,*  *Fein-/Grobmotorik  …* |  |
| **Verhaltensbereich**  *Loslösung Eltern, Grundstimmung, Stellung/Rolle in der Kindergruppe , (Außenseiter, Clown, Mitläufer, Opfer, Anführer …);*  *Verhalten gegenüber anderen Kindern und Erwachsenen,*  *Verhalten in der Gruppe und in weniger strukturierten Situationen,*  *Kontaktfähigkeit, Freundschaften,*  *Selbststeuerung/impulsives Verhalten,*  *Rückzug, Lenkbarkeit,*  *Reizbarkeit,*  *Durchsetzungsvermögen,*  *Hilfsbereitschaft,*  *Kompromissbereitschaft,*  *Konfliktbewältigungsstrategien, Regelbewusstsein,*  *Anpassung an veränderte Gruppensituationen/ in der Öffentlichkeit,*  *Wahrnehmung, soziale Situation, Empathiefähigkeit …* |  |
| **Kommunikations-**  **verhalten / Sprache**  *Blickkontakt, Sprechfreude,*  *Sprechbeteiligung,*  *zuhören können,*  *Gefühle versprachlichen,*  *Informationen erfragen,*  *Anweisungen verstehen und ausführen …*  *altersangemessener Wortschatz, Deutschkenntnisse,*  *deutliche Aussprache,*  *Werden alle Laute richtig ausgesprochen?, Mundmotorik,*  *Grammatikalisch richtiger Satzbau?*  *Stimmlautstärke, Redetempo,*  *zusammenhängendes, zeitlich richtiges Erzählen  …* |  |
| **Motorik**  *Körpertonus, Körperspannung, Körperhaltung, Bewegungsfreude und -koordination, Bewegungsabläufe, Gleichgewicht, Balancieren, Einbeinstand, Beidbeinsprung vorwärts und rückwärts, Ball werfen und fangen, Treppen steigen, Hampelmann …*  *Händigkeit, Stifthaltung, Stiftführung, Einhalten von Begrenzungslinien, schneiden, kleben, falten, kneten, Auge-Hand-Koordination, Knöpfe schließen, Schleife binden …* |  |
| **Wahrnehmung**  *Berührung/Somatosensorik – Körperkontakt, Haare kämmen, Schmerzempfinden, Kitzlig…*  *Vestibulär-Propriozeptiv – Krabbeln, schaukeln, Karussell, Ausgleichsbewegungen. Welche Bewegungen bevorzugt das Kind?...*  *Visuell - Reaktion auf Licht, Blickkontakt, Farben und Formen, Augen kneifen, suchen und finden…*  *Auditiv – Reaktion auf Geräusche, Richtungshören…*  *Olfaktorisch…*  *In welchen Bereichen bestehen außergewöhnliche Vorlieben oder Abneigungen?*  *…* |  |
| **Kognition** *Mengenerfassung/Ziffernkenntnis, Mengen-Zahlzuordnung, flexibles Zählen, Abzählen, Würfelbilder erkennen, Größenvergleiche und -beziehungen, Symbolgedächtnis, Farbenkenntnis, Formenkenntnis, Namen schreiben, Aufgabenverständnis, Umweltwissen, Merken von Liedtexten, Versen, Fingerspielen, Nachsprechen von Kunstwörtern, Silben und Zahlenfolgen, Reimwörter, Oberbegriffe, Rhythmen nachklatschen…* |  |
| **Lebenspraktischer Bereich/ Praxie** *erkennt Sinn von Alltagsgegenständen, kann Alltagsgegenstände korrekt anwenden, erkennt Verwendungsmöglichkeit von Spielmaterialien, hat eigene Spielideen, selbständiges An- und Ausziehen (auch Schuhe), Toilettengang, Nase putzen, Tisch decken, Essverhalten, Esskultur, Selbstorganisation und Ordnungsstrukturen, Unabhängigkeit von Bezugspersonen, Geschicklichkeit, Ausführen von Aufgaben* |  |
| **Erkennbare Stärken beim Kind**  *Was kann er/sie gut?  Was läuft trotz aller Probleme noch gut?  Womit kann man sie/ihn motivieren? …* |  |
| **bedeutsame häusliche Situation**  *Berufstätigkeit der Eltern, alleinerziehend oder in Scheidung lebend,*  *Gesprächsbereitschaft,*  *Vertrauenslage,*  *Konsens zwischen den Erziehungsberechtigten,*  *Nachmittagsbetreuung,  ggf. Tod einer engen Bezugsperson,*  *Versorgung, Ausgeschlafensein, Verlässlichkeit zu Hause …* |  |
| **Dokumentation bisher getroffener Fördermaßnahmen im Kindergarten und außerhalb**  *Maßnahmen der inneren Differenzierung*  *Maßnahmen der äußeren Differenzierung*  *ggf. Einbezug von ambulanten Hilfen ggf. Einbezug außerschulischer Partner: Jugendamt/Amt für Soziales und Versorgung*  *Eingliederungshilfe Sozialamt/ Jugendamt*  *Vereine,*  *Psychologische Beratungsstelle, Frühförderstelle, Sonderpädagogische Beratungsstelle*  *ärztliche/therapeutische Betreuung …* |  |
| **Dokumentation der**  **Elternarbeit**  *Beratung, Absprachen, Vereinbarungen zwischen  Eltern/Schule/Kind*  *(Dokumentation aller Elterngespräche/Telefonate)* |  |

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 *(Eltern)*

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 *(Eltern)*

**Hinweis:**

**Nur bei getrennt lebenden sorgeberechtigten Eltern bitte beide Unterschriften einholen!**

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 *(Erzieher/in)*