

Liebe Eltern,

wir freuen uns, dass Sie sich für RAPSI, unsere besondere Kita für besondere Kinder interessieren.

Füllen Sie diesen Fragebogen gerne ausführlich mit Ihren Wünschen und dem Unterstützungsbedarf Ihres Kindes aus. Jede Information kann wichtig sein, um zu entscheiden, ob wir einen gemeinsamen Weg gehen können.

Sobald wir den Fragenbogen vorliegen haben, besprechen wir uns in unserem multiprofessionellen Team und melden uns so schnell wie möglich bei Ihnen zurück.

### **Angaben zum Kind**

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### **Angaben zu den Eltern/Sorgeberechtigten**

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Weitere Telefonnr. (z.B. geschäftlich): \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

### **Betreuungswunsch**

Ich brauche Betreuung ab dem (Monat): \_\_\_\_\_

Gewünschter Zeitraum von-bis (Uhrzeit): \_\_\_\_\_

**Betreuungsumfang täglich:**

- 5 Stunden
- 6 Stunden
- 8 Stunden

Bei gewünschtem Betreuungsumfang von 5/6 Stunden:

- Vormittags
- Nachmittags

**Grunderkrankungen, Vorerkrankungen, chronische Erkrankungen:**

---

---

---

---

Gibt es **Besonderheiten**, die die Krankheit Ihres Kindes betrifft? Wie wirkt sie sich in Ihrem täglichen Leben aus?

---

---

---

---

---

---

Schicken Sie **unbedingt** die aktuellsten bzw. relevantesten **Arztbriefe** (als Kopie) mit diesem Bogen mit.

Nimmt ihr Kind regelmäßig **Medikamente**? Wenn ja, welche und wie häufig?

---

---

---

---

---

---

Gibt es Besonderheiten bei der **Ernährung** Ihres Kindes? Wenn ja, welche?

---

---

---

Gibt es Besonderheiten was die **Ausscheidungen** betrifft?

---

---

---

Ist Ihr Kind in der **Bewegung** eingeschränkt? (z.B. unsicherer Gang, Rollstuhlfahrer, schnell erschöpft)

---

---

---

Ist Ihr Kind in der **Kommunikation** eingeschränkt? Wenn ja, wie?

---

---

Benutzt ihr Kind regelmäßig **Hilfsmittel**? Wenn ja, welche und für was?

---

---

---

Hat das Kind eine andere **Krankheit, körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, Behinderungen** oder **psychische Auffälligkeiten**, auf die Sie uns aufmerksam machen möchten?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Gibt es **weitere Informationen**, die für uns wichtig sein könnten? (z.B. zu Notfallsituationen, etc.)

---

---

---

---

---

---

---

**Pflegegrad** 1  2  3  4  5

Bekommt ihr Kind **Frühförderung**? Ja  Nein

Ist ein **Kita-Gutschein** schon vorhanden? Ja  Nein

Wir geben unser Einverständnis, dass die Mitarbeiter von RAPSI die oben stehenden Informationen im Team austauschen dürfen und uns bei weiteren Fragen ggf. kontaktieren.

Wir garantieren die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben genannten Informationen.

---

Unterschrift eines oder beider Elternteile/Sorgeberechtigten

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mitarbeit.

Sie dürfen uns den Bogen per Post, Fax oder E-Mail zurücksenden.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team von RAPSI

**Kita RAPSI**  
Kita der Kinderlotse gGmbH  
Dimpfelweg 13  
20537 Hamburg

Ansprechpartner RAPSI  
Britta Petereit

[rapsi@kinderlotse.org](mailto:rapsi@kinderlotse.org)  
[www.kinderlotse.org](http://www.kinderlotse.org)

T 040 20973436