

**Landkreis Uckermark**

Jugendamt  
Postfach 1265

17282 Prenzlau

**Antrag auf Aufnahme eines Kindes in Tagespflege**

Erstantrag

Folgeantrag

<b>1. Antragsteller/-in</b>	
Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon- Nr.	

Posteingang
-------------

<b>2. Kind, für das eine Tagespflege gewünscht wird</b>	
Name	
Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	
Beginn und Umfang der Betreuungsstunden	
Name und Anschrift der Tagespflegeperson	

<b>3. Entwicklungsgeschichte</b>	
Art der Geburt	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Frühgeburt
Gab es irgendwelche Komplikationen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
War das Kind schon vorher in Tagespflege oder in der Kita?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo?
Wurde das Kind von einer anderen Person betreut?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von wem?
Wie alt war das Kind, als die erste Betreuung in Anspruch genommen wurde?	

<b>4. Gesundheitszustand</b>	
Bereits durchgeführte Impfungen:	
Leidet das Kind an Allergien, Unverträglichkeiten oder chronischen Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Hat das Kind irgendwelche Behinderungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Hatte das Kind irgendwelche ansteckenden Krankheiten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Muss das Kind regelmäßig Medizin einnehmen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Sind besondere Maßnahmen im Umgang mit dem Kind erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?

<b>5. Ess- und Trinkgewohnheiten</b>	
Das Kind hat im Allgemeinen:	<input type="checkbox"/> guten Appetit <input type="checkbox"/> schlechten Appetit
Wird das Kind noch gestillt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Verträgt das Kind bestimmte Nahrungsmittel nicht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Muss das Kind eine Diät einhalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Hat das Kind besondere Probleme beim Essen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?

<b>6. Schlafgewohnheiten</b>	
Um welche Zeit geht das Kind abends schlafen?	
Ist es morgens ausgeschlafen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> meistens
Schläft das Kind während des Tages?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> meistens
Wehrt es sich gegen den Mittagsschlaf?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> meistens
Haben Sie beobachtet, dass das Kind schwere Träume hat?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> meistens

7. Ängste des Kindes	
Wie ängstlich ist das Kind im allgemeinen?	<input type="checkbox"/> nicht ängstlich <input type="checkbox"/> sehr ängstlich
Wovor fürchtet sich das Kind?	<input type="checkbox"/> große Tiere <input type="checkbox"/> kleine Tiere <input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> fremde Kinder <input type="checkbox"/> Dunkelheit <input type="checkbox"/> laute Geräusche <input type="checkbox"/> Gewitter <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lässt sich das Kind beruhigen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie?:

8. Besondere Wünsche, Anmerkungen o. ä. der Eltern

9. Unterschrift des Antragstellers
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; margin-top: 5px;">Ort, Datum</div> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; margin-top: 5px;">Unterschrift</div> </div>