

Bewerberfragebogen

Wir wünschen uns

- ein Adoptivkind
 ein Pflegekind

- Kurzzeit / Bereitschaftspflege

Foto

Foto

Wir stellen uns vor

| | Sie | Er |
|--|---|--|
| Name | | |
| Geburtsname | | |
| Vornamen | | |
| Geburtsdatum | | |
| Geburtsort/Kreis | | |
| Staatsangehörigkeit | | |
| Konfession/ Glaubensgemeinschaft | | |
| Familienstand | | |
| Eheschließung am | | |
| evtl. frühere Ehen dauerten von - bis | | |
| Anschrift | | |
| | | |
| | | |
| Telefon privat: | | |
| Telefon dienstlich: | | |
| E-Mail: | | |
| Mobil | | |
| Wir wohnen in <input type="checkbox"/> einer Mietwohnung <input type="checkbox"/> einer Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> einem Eigenheim _____ Zimmer | <input type="checkbox"/> Stadt <input type="checkbox"/> Dorf <input type="checkbox"/> Bauernschaft _____ qm Wohnfläche | dem Pflege/Adoptivkind steht ein eigenes Zimmer zur Verfügung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |

Monatliche Kosten für Miete/Hausbelastung:

- wir haben einen Garten
 wir haben folgende Haustiere:

Ausbildung und Beruf

| | Sie | Er |
|----------------------------|-----|----|
| Schulabschluss | | |
| erlernter Beruf | | |
| ausgeübter Beruf | | |
| monatliches Nettoeinkommen | | |
| Schuldverpflichtungen | | |

Wir haben/hatten folgende Kinder

| Name, Vorname | geboren am | ehelich | nicht - ehelich | Pflegekind | Adoptivkind | Kindergarten Schule Ausbildung Beruf | eventuell verstorben |
|---------------|------------|---------|-----------------|------------|-------------|---|----------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Lebt ein Kind nicht in Ihrem Haushalt?

Name des Kindes

Wo/bei wem lebt es?

Kinder aus früheren Ehen/Beziehungen

| Name, Alter | Sie | Er |
|-------------------------|-----|----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Wer hat das Sorgerecht? | | |

Liegt bei einem Ihrer Kinder eine schwere Krankheit oder Behinderung vor? Ja nein

Wenn ja, welche?

Eltern der Bewerber

| | Sie | | Er | |
|----------------|--------|-------|--------|-------|
| | Mutter | Vater | Mutter | Vater |
| Name | | | | |
| Alter | | | | |
| Beruf | | | | |
| Familienstand | | | | |
| Evtl. Todestag | | | | |

Geschwister der Bewerberin

| Name | Alter | Beruf | Familienstand | Anzahl d. Kinder |
|------|-------|-------|---------------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Geschwister des Bewerbers

| Name | Alter | Beruf | Familienstand | Anzahl d. Kinder |
|------|-------|-------|---------------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

In unserer Haushaltsgemeinschaft / in unserem Haus leben außerdem noch

| Name, Vorname | geb. am | Verwandtschaftsverhältnis |
|---------------|---------|---------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Vorstrafen der Bewerber sowie der im Haushalt lebenden Personen

| |
|--|
| |
|--|

Schwerwiegende chronische Erkrankungen oder Behinderungen der Bewerber, sowie der im Haushalt lebenden Personen

| |
|--|
| |
|--|

Nebenberufliche Tätigkeiten / anderweitige Verpflichtungen

| |
|--|
| |
|--|

Unsere Freizeitinteressen sind

| | |
|---------------|--|
| Sie | |
| Er | |
| Kinder | |

Wir gehören folgenden Gruppen / Vereinen aktiv an

| | |
|---------------|--|
| Sie | |
| Er | |
| Kinder | |

Welche Charaktereigenschaften treffen auf Sie zu?

(kreuzen Sie bitte an 1 = trifft sehr stark zu, 5 = trifft weniger zu)

| | Sie | | | | | Er | | | | |
|-----------------------|------------|---|---|---|---|-----------|---|---|---|---|
| Geduld | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Toleranz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ordnungsliebe | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Freundlichkeit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ausgeglichenheit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Lebensfreude | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kritikfähigkeit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Leistungsbewusstsein | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Bedürfnis nach Ruhe | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ehrgeiz/Fleiß | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Humor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sensibilität | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Offenheit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Selbstbeherrschung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Durchsetzungsvermögen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kontaktfreudigkeit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Unsere Vorstellungen vom Kind

| |
|--|
| Ist es möglich, ein leibliches Kind zu bekommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ungeklärt |
| Haben Sie, um ein leibliches Kind zu bekommen, medizinische Hilfe in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Bestanden Schwangerschaften? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie die medizinische Behandlung abgeschlossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| |
|---|
| Haben Sie bereits früher einen Antrag auf Vermittlung eines Kindes gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, bei welcher Vermittlungsstelle und wann? |

Viele Kinder wachsen als **Dauerpflegekinder** in neuen Familien auf.
 Können Sie sich vorstellen, ein Kind dauerhaft bei sich aufzunehmen, ohne es zu adoptieren?
 ja nein

Begründung

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Warum wünschen Sie sich ein Leben mit Kind?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Wir trauen uns die Erziehung zu bei

| | Sie | Er |
|---|---|---|
| verhaltensauffälligen Kindern | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| sinneschädigten Kindern, z.B. sehbehindert, schwerhörig | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| geistig behinderten Kindern | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| körperlich behinderten Kindern | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| sexuell missbrauchten Kindern | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Kindern aus einem Inzest | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Kindern mit gesundheitlichem Risiko | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Findelkindern | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| anonym geb. Kindern | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Begründung: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

In der Erziehung eines Kindes ist uns wichtig

| Sie | Er |
|-----|----|
| | |
| | |
| | |
| | |

Welche Vorstellungen haben Sie zum Alter, Geschlecht, Nationalität?

| Sie | Er |
|-----|----|
| | |
| | |

Wir sehen unsere besonderen Fähigkeiten im Umgang mit einem Kind

| Sie | Er |
|-----|----|
| | |
| | |
| | |
| | |

Von der schulischen und beruflichen Entwicklung eines Kindes erwarten wir

| Sie | Er |
|-----|----|
| | |
| | |
| | |
| | |

Durch die Aufnahme eines Kindes rechnen wir mit folgenden Veränderungen in unserem persönlichen Leben

| Sie | Er |
|-----|----|
| | |
| | |
| | |
| | |

Wie würden Sie die Versorgung des Kindes im Hinblick auf Ihre Berufstätigkeit sicherstellen?

| Sie | Er |
|-----|----|
| | |
| | |
| | |
| | |

Umgang mit der Herkunftsfamilie

Was möchten Sie über das Kind, seine Vorgeschichte und seine Herkunftsfamilie wissen?

| Sie | Er |
|-----|----|
| | |
| | |
| | |
| | |

Welche Vorstellung haben Sie bezüglich der Aufklärung des Kindes über seine Herkunft?

| Sie | Er |
|-----|----|
| | |
| | |
| | |
| | |

Möchten Sie die leiblichen Eltern des Kindes persönlich kennen lernen?
(bitte begründen)

| Sie | Er |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | |
| | |
| | |
| | |

Wir trauen uns die Erziehung zu bei Kindern, deren Eltern

| | Sie | Er |
|----------------------------|---|---|
| straffällig geworden sind | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| alkoholabhängig sind | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| drogenabhängig sind | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| der Prostitution nachgehen | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| psychisch krank sind | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| HIV infiziert sind | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| minderbegabt sind | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Begründung: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Welche Vorstellungen haben Sie zu evtl. Kontaktwünschen der Eltern, Großeltern und Geschwister?

| Sie | Er |
|-----|----|
| | |
| | |
| | |
| | |

