

Bewerberfragebogen

Wir wünschen uns

ein Adoptivkind

ein Pflegekind

Dauerpflege

Bereitschaftspflege

Kurzzeitpflege

Foto

Foto

	Sie	Er
Name:		
Geburtsname:		
Vorname(n):		
Geburtsdatum:		
Geburtsort/-kreis:		
Staatsangehörigkeit:		
Konfession/ Glaubensgemeinschaft:		
Familienstand:		
Eheschließung am:		
Evtl. frühere Ehen dauerten von – bis:		
Anschrift:		
Telefon privat:		
Telefon dienstlich:		
E-Mail-Adresse:		
Mobil:		

Wir wohnen in <input type="checkbox"/> einer Mietwohnung <input type="checkbox"/> einer Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> einem Eigenheim	<input type="checkbox"/> einer Stadt <input type="checkbox"/> einem Dorf <input type="checkbox"/> einer Bauernschaft	Dem Pflege-/Adoptivkind steht ein eigenes Zimmer zur Verfügung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zimmer	qm Wohnfläche	
Monatliche Kosten für Miete/Hausbelastung: _____ €		
Wir haben einen Garten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wir haben folgende Haustiere:		

Ausbildung und Beruf

	Sie	Er
Schulabschluss:		
Erlerner Beruf:		
Ausgeübter Beruf:		
Monatliches Nettoeinkommen:		
Schuldverpflichtungen:		

Wir haben/hatten folgende Kinder:

Name, Vorname	Geb. am	Ehelich	Nichtehelich	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 Behinderung vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 der Kinder

Geschwister des Bewerbers

Name	Alter	Beruf	Familienstand	Anzahl der 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?

Sie möchte gerne ein Kind aufnehmen. Welche Beweggründe haben Sie?

Welche Vorstellungen haben Sie zum/zur Alter, Geschlecht, Nationalität?

Wir sehen unsere besonderen Fähigkeiten im Umgang mit einem Kind in ...

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 Leben:

Sie	Er

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

Wir trauen uns die Erziehung zu bei Kindern, deren Eltern ...

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

Umgang mit der Herkunftsfamilie

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

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

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

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

Wie würden Sie reagieren, wenn das Kind von sich aus Kontakt zu seinen leiblichen Eltern wünscht?

Mit welchen Personen haben Sie über Ihren Wunsch gesprochen, ein Kind aufzunehmen und welche Reaktionen haben Sie erhalten?

	Eher zustimmend	Eher ablehnend
<input type="checkbox"/> Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> sonstige Verwandte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbeitskollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Vorstellungen und Wünsche haben Sie zur Zusammenarbeit mit der Vermittlungsstelle nach der Aufnahme des Kindes? In welchen Situationen würden Sie sich Beratung wünschen?

Sie	Er

Was uns noch wichtig ist:

Allgemeine Absprachen

Wir sind damit einverstanden, dass ggf. unsere Unterlagen an andere Vermittlungsstellen weitergeleitet werden.

ja nein

Erklärung:

Wir sind bereit, polizeiliche Führungszeugnisse und Gesundheitsatteste einzuholen und sie dem Fachbereich Jugend, Schule und Sport zur Verfügung zu stellen. Auch kann der Fachbereich bei Bedarf eine SCHUFA-Auskunft einholen.

Bei der Vermittlung eines Kindes werden wir persönliche Angaben des Kindes und seiner Herkunftsfamilie erfahren. Wir verpflichten uns, diese Angabe nicht an Dritte (auch nicht an Verwandte) weiterzugeben.

Siehe Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch, Schutz der Sozialdaten, §§ 67 ff., insbesondere § 78

Ort, Datum

Unterschrift der Bewerberin

Unterschrift des Bewerbers