

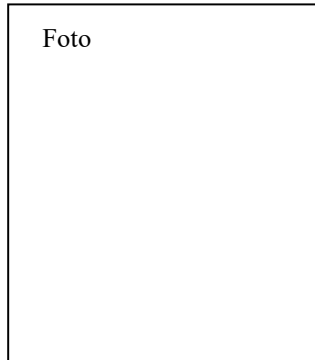
# Bewerberfragebogen

Wir wünschen uns

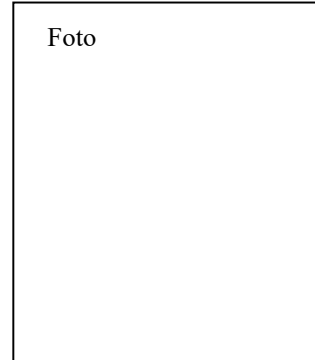
ein Adoptivkind

ein Pflegekind

Foto



Foto



Wir stellen uns vor:

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

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

### Ausbildung und Beruf

|                             | Sie/Er | Sie/Er |
|-----------------------------|--------|--------|
| Schulabschluss:             |        |        |
| Erlerner Beruf:             |        |        |
| Ausgeübter Beruf:           |        |        |
| Monatliches Nettoeinkommen: |        |        |
| Schuldverpflichtungen:      |        |        |

### Wir haben/hatten folgende Kinder:

| Name, Vorname | geb.am | ehel. | nicht<br>ehel. | Pflegekind | Adoptivkin<br>d | Kindergarten/Schule/<br>Ausbildung/Beruf | evtl. 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 | Sie/Er |
|--|--------|--------|
|  |        |        |
|  |        |        |
|  |        |        |
|  |        |        |
| Wer hat das Sorgerecht?  |        |        |
| Liegt bei einem Ihrer Kinder eine schwere Behinderung vor? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |        |        |
| Wenn ja, welche?   |        |        |

### Eltern der Bewerber

|                 | Sie/Er |       | 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: |  |
| Sie/Er: |  |
| Kinder: |  |

Wir gehören folgenden Gruppen/Vereinen aktiv an:

|         |  |
|---------|--|
| Sie/Er: |  |
| 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?<br>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ungeklärt <input type="checkbox"/>     |
| Haben Sie, um ein leibliches Kind zu bekommen, medizinische Hilfe in Anspruch genommen?<br>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Bestanden Schwangerschaften?<br>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  |
| Haben Sie die medizinische Behandlung abgeschlossen?<br>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>                                    |
| Haben Sie bereits früher einen Antrag auf Vermittlung eines Kindes gestellt?<br>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>            |
| 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?

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

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

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

In der Erziehung eines Kindes ist uns wichtig:

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

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

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

Von der schulischen und beruflichen Entwicklung eines Kindes erwarten wir:

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

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

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

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

|  |
|--|
|  |
|  |

Wir trauen uns die Erziehung zu bei

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

## 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?

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

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

|                            | Sie/Er  | 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 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           |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> | <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 | 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, Gesundheitsatteste und eine Schufa-Auskunft einzuholen und sie dem Pflegekinderdienst / der Adoptionsvermittlung zur Verfügung zu stellen.**

**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/ des  
Bewerbers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Bewerberin/ des  
Bewerbers