

Fragen zur Bewerbung um ein Adoptivkind

Was sind Ihre Beweggründe für eine Adoption

Welche Voraussetzungen sollten Ihrer Meinung nach Adoptiveltern mitbringen?

Name	Bewerber*in	Bewerber*in
Geschlecht des Kindes	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> egal	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> egal
Alter des Kindes	<input type="checkbox"/> Neugeborenes <input type="checkbox"/> bis zu 1 Jahr <input type="checkbox"/> 1-3 Jahre <input type="checkbox"/> 3-6 Jahre	<input type="checkbox"/> Neugeborenes <input type="checkbox"/> bis zu 1 Jahr <input type="checkbox"/> 1-3 Jahre <input type="checkbox"/> 3-6 Jahre

Name		
-------------	--	--

Wenn ich an die Aufnahme eines Adoptivkindes denke, traue ich mir folgendes zu:		
Zwillinge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gleichzeitige Aufnahme von Geschwistern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hautfarbe		
Frühgeburt, wenn ja: ab welcher Schwangerschaftswoche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Körperliche, organische Beeinträchtigungen, wie z.B.		
Kiefer-Lippen-Gaumen-Spalte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Klumpfuß	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutschwämmchen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sehbehinderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hörbehinderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige, hier nicht im Beispiel genannt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Down Syndrom	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schädigungen durch Suchtmittel in der Schwangerschaft		
Nikotin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Medikamente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Drogen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Alkohol	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> kein Konsum	<input type="checkbox"/> kein Konsum
	<input type="checkbox"/> täglicher Konsum	<input type="checkbox"/> täglicher Konsum
	<input type="checkbox"/> wöchentlicher Konsum	<input type="checkbox"/> wöchentlicher Konsum
	<input type="checkbox"/> monatlicher Konsum	<input type="checkbox"/> monatlicher Konsum

Der Konsum von Suchtmitteln und Medikamenten hat nicht vorhersehbare Einflüsse auf das heranwachsende Baby. Bitte informieren Sie sich, z.B. auf der Webseite des BZGA, auf der Seite www.fasd-deutschland.de (Folgen von Alkohol in der Schwangerschaft), bei einem Arzt Ihres Vertrauens oder entsprechenden Experten!

Name		
Verhaltensauffälligkeiten		
Aggressives Verhalten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bindungsauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hyperaktives Verhalten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lernbehinderungen		
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sprachliche Entwicklungsverzögerung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Motorische Entwicklungsverzögerung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kind stammt aus unbekannter Herkunft		
Findelkind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Babyklappe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anonyme Geburt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vertrauliche Geburt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Welche Herkunftsverhältnisse des Kindes trauen Sie sich zu?		
Kind stammt von Eltern mit Migrationshintergrund	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Erläuterung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Erläuterung:
Wenn ja: Wie glauben Sie damit zurechtzukommen, wenn das Kind aufgrund seiner natürlichen Herkunft beleidigt, beschimpft oder ausgegrenzt wird?		

Name		
Wie können Sie das Selbstbewusstsein des Kindes stärken, damit es sich gegen Anfeindungen behaupten kann?		
Was glauben Sie, wie Ihre Familie/ Freunde auf die Aufnahme eines ausländischen oder dunkelhäutigen Kindes reagieren würden?		
Kind stammt von Eltern, die straffällig geworden sind: Eigentumsdelikte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Körperverletzungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Drogendelikte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Vergewaltigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Inzest <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kind stammt von Eltern mit psychischen Erkrankungen: Bipolare Störungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schizophrenie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Depressionen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Borderline Erkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstige <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kind stammt von Eltern, die von einer Intelligenzminderung betroffen sind:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Erläuterungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Erläuterungen:
Kind stammt von geistig behinderten Eltern:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Erläuterungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Erläuterungen:

Name		
-------------	--	--

Umgang mit der Herkunftsfamilie

Haben Sie die Absicht, das Kind über seine Herkunft aufzuklären?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Begründung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Begründung:
---	---	---

In Zusammenhang mit Adoption spricht man auch von „doppelter Elternschaft“

Was verstehen Sie darunter?		
Welche Bedeutung hat die Herkunftsfamilie nach der Adoption für ein Kind?		
Welche Ideen haben Sie für die Aufklärung Ihres Kindes?		
Haben Sie Ihren Plan ein Adoptivkind aufzunehmen im Verwandten- Freundeskreis besprochen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie waren die Reaktionen?		

Erziehungsleitende Aspekte

Aus meiner eigenen Erziehung würde ich gerne Folgendes übernehmen:		
Was möchte ich aus meiner eigenen Erziehung <u>nicht</u> übernehmen:		
Haben Sie Kontakt zu Kindern? Welche Erfahrungen konnten Sie gewinnen? Haben Sie Erfahrungen im Umgang mit einem Säugling?		

Name		
Wie werden Sie die Betreuung des Kindes in den ersten 3 Lebensjahren gewährleisten?		
Welche Erwartungen haben Sie hinsichtlich der Schul- und Berufsausbildung des Adoptivkindes?		
Wenn es im Einleben des Kindes zu Schwierigkeiten kommt oder es später zu Erziehungsprobleme auftreten sollten, an welche Hilfsmöglichkeiten denken Sie?		
Können Sie sich vorstellen, ein Kind aufzunehmen, bei dem aus unterschiedlichen Gründen noch nicht endgültig geklärt ist, ob es als Pflege- oder Adoptivkind vermittelt wird?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die Aufnahme eines Kindes bringt sowohl positive Veränderungen als auch Einschränkungen mit sich. Was könnte das für Sie persönlich bedeuten?		