

Bitte diesen Fragenbogen ausgefüllt zusammen mit dem **Vorsorgeheft**, dem **Impfbuch**, ggf. **Brille** oder **Hörgerät** und der **Krankenkassenkarte** zur Schuleingangsuntersuchung mitbringen!  
Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

**1. Personalien**

| Kind                   | Mutter           | Vater            |
|------------------------|------------------|------------------|
| Nachname               | Nachname         | Nachname         |
| Vorname                | Vorname          | Vorname          |
| Geburtsdatum           | Geburtsdatum     | Geburtsdatum     |
| Geburtsort- bzw. -land | Geburtsland      | Geburtsland      |
| PLZ, Wohnort           | PLZ, Wohnort     | PLZ, Wohnort     |
| Straße, Haus Nr.       | Straße, Haus Nr. | Straße, Haus Nr. |
| Lebt bei               | Telefon          | Telefon          |

**2. Fragen zur vorschulischen Erziehung des Kindes**

Besuchte oder besucht Ihr Kind eine der folgenden Einrichtungen? (Bitte nur Einrichtungen nennen mit mehr als 12 Stunden Betreuung pro Woche!)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kindergarten/Kindertagesstätte (oder ähnliches) | <input type="checkbox"/> Sprachheilkindergarten |
| <input type="checkbox"/> Heilpädagogischer Kindergarten                  | <input type="checkbox"/> Sonderkindergarten     |
| <input type="checkbox"/> Integrationskindergarten                        |   |
| <input type="checkbox"/> Welche Einrichtung besucht Ihr Kind jetzt?      | Name: _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Mein Kind war in keiner derartigen Einrichtung. |   |

Wie lange hat Ihr Kind diese Einrichtungen insgesamt besucht? (Bitte Zeit bis zur Einschulung angeben!)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> gar nicht               | <input type="checkbox"/> bis zu einem Jahr       | <input type="checkbox"/> über 1 bis max. 2 Jahre |
| <input type="checkbox"/> über 2 bis max. 3 Jahre | <input type="checkbox"/> über 3 bis max. 4 Jahre | <input type="checkbox"/> länger als 4 Jahre      |

**3. Fragen zur Geburt und Entwicklung des Kindes**

Verliefen Schwangerschaft und Geburt normal?  Ja  Nein, wegen \_\_\_\_\_

In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt? In der .....ten Schwangerschaftswoche.

Art der Geburt:  Spontangeburt  Geburt mit Saugglocke oder Zangen  Kaiserschnitt

Geburtsgewicht :..... g                      Geburtslänge: ..... cm

Konnte Ihr Kind bis zum 18. Monat frei laufen?  Ja  Nein

Konnte Ihr Kind mit 24 Monaten Zweiwort-Sätze sprechen?  Ja  Nein

(z.B. „Mama da“)

Besonderheiten

---



---



---

#### 4. Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes

Welche Erkrankungen hatte Ihr Kind bisher?

##### Infektionen:

- Windpocken       Scharlach       Hepatitis       Meningitis  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

##### Allergische Erkrankungen

- Asthma       Neurodermitis       Allergische Rhinitis/Heuschnupfen  
 sonstige Allergien: \_\_\_\_\_

##### Vorerkrankungen

- Diabetes       Herzfehler       Anfallsleiden       Bewegungsunruhe  
 Bettnässen       häufig Harnwegsinfekte       häufig Mittelohrentzündungen  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

Welche Operationen hatte Ihr Kind bisher?

- Operationen:**       Adenotomie/Polypen       Tonsillektomie/Mandeln       Paukenröhrchen  
                          Leistenbruch       Sonstige: \_\_\_\_\_

- Unfälle:**       Gehirnerschütterung       Knochenbrüche       Sonstige: \_\_\_\_\_

##### Schwere Erkrankungen bei Eltern oder Geschwistern:

- Diabetes       Bluterkrankheit       Nierenversagen  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

- Nein       Ja, folgende \_\_\_\_\_  
 Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
 Behandelnde Ärzte: \_\_\_\_\_

Erhielt Ihr Kind bisher Fördermaßnahmen?

- Physiotherapie/Krankengymnastik       Psychomotorik       Ergotherapie       Sprachtherapie  
 Heilpädagogische Förderung       Psychologische Betreuung       Deutsche Sprache  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

#### 6. Fragen zu allergischen Erkrankungen

Hatte Ihr Kind irgendwann einmal einen juckenden Hautausschlag, der stärker oder schwächer über mindestens 6 Monate auftrat?       Ja       Nein

Trat dieser juckende Hautausschlag bei Ihrem Kind irgendwann einmal an einer der folgenden Körperstellen auf: in der Ellenbeuge oder Kniekehle, an den Hand- oder Fußgelenken, im Gesicht, am Hals?       Ja       Nein

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten jemals beim Atmen pfeifende oder keuchende Geräusche im Brustkorb?       Ja       Nein

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten jemals pfeifende oder keuchende Geräusche im Brustkorb während oder nach körperlicher Anstrengung?       Ja       Nein

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten nachts einen trockenen Reizhusten, obwohl es keine Erkältung oder Bronchitis hatte?       Ja       Nein

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten Niesanfälle oder eine laufende, verstopfte oder juckende Nase, obwohl es nicht erkältet war?       Ja       Nein

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten gleichzeitig mit diesen Nasenbeschwerden auch juckende und tränende Augen?       Ja       Nein

### 6. Geschwister des Kindes

Geschwisterreihe des Kindes (Bitte beginnen Sie mit dem ältesten Kind und heben Sie in dieser Aufzählung das zu untersuchende Kind hervor!)

|                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|-----------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| mit Geburtsjahr | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| und Geschlecht  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

w für Mädchen; m für Jungen

### 7. Fragen zur Lebenssituation des Kindes

Zum Schluss erbitten wir noch einige Angaben zur familiären Situation Ihres Kindes sowie zu Ihnen und Ihrer/Ihrem Ehe- oder Lebenspartnerin/ -partner. Diese Angaben dienen dazu, stärkende und belastende Faktoren für Ihr Kind zu erkennen und unsere Empfehlungen zur Förderung Ihres Kindes optimal auf das Umfeld abzustimmen. Wenn Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder möchten, besteht im Arztgespräch die Gelegenheit, diese Punkte zu besprechen.

Wer erzieht Ihr Kind?

- |                                       |  |   |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beide Eltern | <input type="checkbox"/> Alleinerziehende Mutter | <input type="checkbox"/> Mutter mit Partner           |
|                                       | <input type="checkbox"/> Alleinerziehender Vater | <input type="checkbox"/> Vater mit Partnerin          |
| <input type="checkbox"/> Großeltern   | <input type="checkbox"/> Pflegeeltern            | <input type="checkbox"/> Heim oder andere Institution |

| Angaben zur Mutter / Partnerin  | Angaben zum Vater / Partner   |
|---|---|
| <b>Letzter erreichter Schulabschluss</b><br><input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss<br><input type="checkbox"/> Realschulabschluss<br><input type="checkbox"/> Fachhochschulreife<br><input type="checkbox"/> Abitur (Hochschulreife)<br><input type="checkbox"/> Sonstiger Schulabschluss<br><input type="checkbox"/> (noch) kein Abschluss                   | <b>Letzter erreichter Schulabschluss</b><br><input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss<br><input type="checkbox"/> Realschulabschluss<br><input type="checkbox"/> Fachhochschulreife<br><input type="checkbox"/> Abitur (Hochschulreife)<br><input type="checkbox"/> Sonstiger Schulabschluss<br><input type="checkbox"/> (noch) kein Abschluss                   |
| <b>Höchste abgeschlossene Berufsausbildung/Studium</b><br><input type="checkbox"/> Lehre<br><input type="checkbox"/> Fach-, Handels- oder Meisterschule<br><input type="checkbox"/> Fachhochschule / Bachelor<br><input type="checkbox"/> Universität / Hochschule / Master<br><input type="checkbox"/> Sonstiges<br><input type="checkbox"/> (noch) kein Abschluss | <b>Höchste abgeschlossene Berufsausbildung/Studium</b><br><input type="checkbox"/> Lehre<br><input type="checkbox"/> Fach-, Handels- oder Meisterschule<br><input type="checkbox"/> Fachhochschule / Bachelor<br><input type="checkbox"/> Universität / Hochschule / Master<br><input type="checkbox"/> Sonstiges<br><input type="checkbox"/> (noch) kein Abschluss |
| <b>Erwerbstätigkeit</b><br><input type="checkbox"/> ganztags erwerbstätig<br><input type="checkbox"/> Teilzeit<br><input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig   | <b>Erwerbstätigkeit</b><br><input type="checkbox"/> ganztags erwerbstätig<br><input type="checkbox"/> Teilzeit<br><input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig   |

### 8. Haben Sie Fragen bzw. Mitteilungen an die Schulärztin / den Schularzt?

---



---



---