

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/Mobil	Telefon/Mobil
wohnhaft in Deutschland seit (Monat/Jahr)	wohnhaft in Deutschland seit (Monat/Jahr)	wohnhaft in Deutschland seit (Monat/Jahr)

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 derten 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 betreut/erzieht Ihr Kind?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beide Eltern (zusammen wohnend) | <input type="checkbox"/> Alleinerziehende Mutter | <input type="checkbox"/> Mutter mit Partner |
| <input type="checkbox"/> Beide Eltern (getrennt wohnend) | <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
Letzter erreichter Schulabschluss <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur (Hochschulreife) <input type="checkbox"/> Sonstiger Schulabschluss <input type="checkbox"/> (noch) kein Abschluss	Letzter erreichter Schulabschluss <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur (Hochschulreife) <input type="checkbox"/> Sonstiger Schulabschluss <input type="checkbox"/> (noch) kein Abschluss
Höchste abgeschlossene Berufsausbildung/Studium <input type="checkbox"/> Lehre <input type="checkbox"/> Fach-, Handels- oder Meisterschule <input type="checkbox"/> Fachhochschule / Bachelor <input type="checkbox"/> Universität / Hochschule / Master <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> (noch) kein Abschluss	Höchste abgeschlossene Berufsausbildung/Studium <input type="checkbox"/> Lehre <input type="checkbox"/> Fach-, Handels- oder Meisterschule <input type="checkbox"/> Fachhochschule / Bachelor <input type="checkbox"/> Universität / Hochschule / Master <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> (noch) kein Abschluss
Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> ganztags erwerbstätig <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig	Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> ganztags erwerbstätig <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig

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