

Fragebogen

bitte ausgefüllt zur Untersuchung mitbringen

Vertraulich

Kind

Eltern/ Sorgeberechtigte/r

Name		Name	Mutter	Vater
Vorname		Vorname		
Geb.Datum		Wohnort		
Geburtsort		Straße		
Arzt des Kindes		Herkunftsland der Eltern		
		Telefon der Eltern		
Kindergarten seit:		aktuell besuchter Kindergarten:		
vorgesehene Schule		Teilnahme an Deutschkurs:	Ja <input type="checkbox"/> ist angemeldet <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Soll Ihr Kind an einer Nachmittagsbetreuung teilnehmen? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> noch unklar <input type="checkbox"/>				
Geburtsjahr/e der Geschwister _____				

Leidet jemand in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) an folgenden Krankheiten?

- Allergie Fettstoffwechselstörung Bluthochdruck Schlaganfall
 Herzinfarkt Zuckerkrankheit Übergewicht

Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung:

Erkrankungen der Mutter und Komplikationen in der Schwangerschaft:

nein wenn ja, welche? _____

Schwangerschaftsdauer: _____ Geburtsgewicht: _____ g

- Normalgeburt Kaiserschnitt Saugglocke Zangengeburt
 Frühgeburt Mehrlingsgeburt sonstige Komplikationen _____

Wurde Ihr Kind gestillt? nein wenn ja, wie lange? _____ Monate

War eine Spreizhose erforderlich? Ja Nein

Konnte Ihr Kind mit 15 Monaten frei laufen? Ja Nein

Konnte Ihr Kind mit 1 Jahr erste Worte sprechen? Ja Nein

Konnte Ihr Kind mit 2 Jahren kleine Sätze sprechen? Ja Nein

Gab es Störungen in der Sprachentwicklung? Aussprache? Ja / Nein Stottern? Ja Nein

Muttersprache des Kindes? _____

Welche Sprachen werden überwiegend in der Familie gesprochen? _____

War Ihr Kind bis 5 Jahre sauber? tagsüber? Ja Nein **nachts?** Ja Nein

Bisherige Erkrankungen oder Besonderheiten:

- Masern Keuchhusten Pseudokrapp Allergie
 Mumps Scharlach Fieberkrämpfe/Anfälle chron. Bronchitis/Asthma
 Röteln Hirnhautentzündung Mittelohrentzündungen Neurodermitis
 Windpocken Lungenentzündung Harnwegserkrankungen sonstige _____

Bitte wenden!

Ist Ihr Kind zurzeit in Behandlung?

- in ärztlicher in zahnärztlicher in psychologischer sonstiger Behandlung

Wenn ja, wegen welcher/n Erkrankung/en? _____

Krankenhausaufenthalt/e (weshalb)? _____

Wurden bei Ihrem Kind folgende Operationen durchgeführt?

- Entfernung der Rachenpolypen Paukendrainage Mandeloperation Blinddarmoperation
 Leisten-/Nabelbruch-Operation sonstige Operationen? Welche? _____

Wurde Ihr Kind wegen der folgenden Unfälle oder Verletzungen von einem Arzt behandelt?

- Verbrühung/Verbrennung Vergiftung Knochenbrüche /Weichteilverletzungen
 schwere Kopfverletzungen sonstige Unfälle _____

Ort des Unfall- geschehens: zu Hause im Straßenverkehr **Anlass:** bei Freizeitaktivitäten
 Kindergarten /Schulgelände sonstiger Ort beim Kindergarten- oder beim Schulbesuch

Nimmt Ihr Kind regelmäßig oder über eine längere Zeit im Jahr Medikamente ein ?

Nein Ja Welche? _____

Werden oder wurden Förderungs- oder Heilmaßnahmen durchgeführt?

- Frühförderung Logopädie/Sprachtherapie Krankengymnastik Ergotherapie Integration/AFI
 sonstige: _____

Treibt Ihr Kind regelmäßig Sport? Nein Ja / Wenn ja, im Verein? Ja Nein

Ergänzende (soziodemographische) Angaben

Bei wem lebt Ihr Kind überwiegend?

- Bei beiden leiblichen Eltern alleinerziehendem Elternteil Elternteil mit Partner
 Großeltern, Pflegeeltern, Adoptiveltern oder Anderen

Welchen Schulabschluss haben Sie? (bitte ankreuzen)

Schulabschluss	Mutter	Vater
Sonderschule/Förderschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauptschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittlere Reife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abitur/Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kein Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine Angaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIELEN DANK!

Einverständniserklärung

Die beim Gesundheitsamt vorliegenden Befunde aus früheren Untersuchungen (Kindergartenuntersuchung*, Unterlagen aus „Frühe Hilfen“ *) dürfen für diese Untersuchung verwendet werden. Falls Unterlagen zur Frühförderung* vorliegen, dürfen diese eingesehen werden.

(*Nicht Zutreffendes bitte streichen)

Datum _____

Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten _____