

Bitte diesen Fragenbogen ausgefüllt zusammen mit dem **Vorsorgeheft**, dem **Impfbuch**, ggf. **Brille** oder **Hörgerät** zur Untersuchung 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 |
| Staatsangehörigkeit | Staatsangehörigkeit | Staatsangehörigkeit |
| PLZ, Wohnort | PLZ, Wohnort | PLZ, Wohnort |
| Straße, Haus Nr. | Straße, Haus Nr. | Straße, Haus Nr. |
| Lebt bei | Telefon/Mobil | Telefon/Mobil |
| | E-Mail | E-Mail |
| wohnhaft in Deutschland seit (Monat/Jahr) | wohnhaft in Deutschland seit (Monat/Jahr) | wohnhaft in Deutschland seit (Monat/Jahr) |

Familiensprache: _____

2. Fragen zur Erziehung des Kindes

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

- Kindergarten/Kindertagesstätte (oder ähnliches)
- Sprachheilkindergarten
- Heilpädagogischer Kindergarten
- Sonderkindergarten
- Integrationskindergarten
- Welche Einrichtung besucht Ihr Kind jetzt?
- Mein Kind war in keiner derartigen Einrichtung.

Name: _____

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

- gar nicht
- bis zu einem Jahr
- über 1 bis max. 2 Jahre
- über 2 bis max. 3 Jahre
- über 3 bis max. 4 Jahre
- 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

Wann konnte Ihr Kind frei laufen? Mit _____ Monaten.

Wann konnte Ihr Kind Zweiwort-Sätze sprechen? (z.B. „Mama da“) Mit _____ Monaten.

Wann benötigte Ihr Kind keine Windel mehr? Mit _____ Monaten.

4. Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes

Kinderarzt/Kinderärztin/Behandelnde Ärzte: _____

Welche Erkrankungen hatte Ihr Kind bisher?

Infektionen:

- Windpocken Scharlach Hepatitis Meningitis
 Covid 19 Sonstige: _____

Allergische Erkrankungen

- Asthma Neurodermitis Allergische Rhinitis/Heuschnupfen
 sonstige Allergien: _____

Hatte Ihr Kind in der Vergangenheit häufig ...

- laufende Nase keuchende Atmung juckenden Hautausschlag

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: _____

Erhielt Ihr Kind bisher Fördermaßnahmen?

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

5. 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

6. 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/Partnerin |
| <input type="checkbox"/> Beide Eltern (getrennt wohnend) | <input type="checkbox"/> Alleinerziehender Vater | <input type="checkbox"/> Vater mit Partner/Partnerin |
| <input type="checkbox"/> Großeltern | <input type="checkbox"/> Pflegeeltern | <input type="checkbox"/> Heim oder andere Institution |

Wie soll Ihr Kind nach der Schule betreut werden? _____
(z.B. Eltern, Hort, Großeltern)

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

7. Haben Sie Fragen bzw. Mitteilungen an den untersuchenden Arzt / die untersuchende Ärztin?
