

**Bitte diesen Fragebogen ausgefüllt und zusammen mit
dem gelben **Vorsorgeheft**, dem **Impfausweis**, ggf. **Brille** und **Hörgerät**
zur Schuleingangsuntersuchung mitbringen!**

Ihre Angaben sind freiwillig, werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Sie dienen der passgenauen Beratung für Ihr Kind.
Wenn Sie den Bogen nicht vorab ausfüllen möchten, werden wir Ihnen im Rahmen der Untersuchung ggf. diese Fragen stellen. Das Ausfüllen im Vorfeld erspart Zeit, die dann für die ausführlichere Untersuchung Ihres Kindes zur Verfügung steht.

Personalien [Bitte eintragen!]

| Kind | Mutter / Sorgeberechtigte 1 | Vater / Sorgeberechtigte 2 |
|---|---|---|
| Nachname: | Nachname: | Nachname: |
| Vorname: | Vorname: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | Geburtsdatum: | Geburtsdatum: |
| Geburtsland: | Geburtsland: | Geburtsland: |
| Staatsangehörigkeit(en)/Nationalität(en): | Staatsangehörigkeit(en)/Nationalität(en): | Staatsangehörigkeit(en)/Nationalität(en): |
| Wohnort: | Wohnort: | Wohnort: |
| Straße, Hausnummer | Straße, Hausnummer | Straße, Hausnummer |
| Kind lebt bei: | Telefon: | Telefon: |
| | E-Mail: | E-Mail: |

Fragen zur vorschulischen Erziehung des Kindes [Bitte ankreuzen und eintragen!]

Besuchte oder besucht Ihr Kind eine der folgenden Einrichtungen?

- Kindergarten/Kindertagesstätte Sprachheilkindergarten
 Integrationskindergarten als Integrationskind Heilpädagogischer Kindergarten

Welche Einrichtung besucht Ihr Kind jetzt? Name:

Mein Kind war / ist in keiner derartigen Einrichtung.

Wie lange hat Ihr Kind diese Einrichtungen insgesamt besucht (einschließlich Krippe)? [Zeit bis zur Einschulung angeben!]

- 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

Ihre zuständige Grundschule: _____

Fragen zu Geburt und Entwicklung des Kindes [Bitte ankreuzen und eintragen!]

Verliefen Schwangerschaft und Geburt normal? Ja Nein, wegen

In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt? In der Schwangerschaftswoche.

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:

Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes [Bitte ankreuzen und eintragen!]

Welche Erkrankungen hatte Ihr Kind bisher?

Infektionen: Windpocken Scharlach Hepatitis
 Meningitis Sonstige:

Allergische Erkrankungen:

Asthma Neurodermitis Allergische Rhinitis / Heuschnupfen
 sonstige Allergien:

Vorerkrankungen:

Diabetes Epilepsie Herzfehler Harnwegsinfekte
 ADHS ADS Orthopädische Erkrankung: Einlagen
 Sonstige:

Welche Operationen bzw. Unfälle hatte Ihr Kind bisher?

Operationen: Mandeln Polypen Paukenröhren
 Leistenbruch Phimose Sonstige:

Unfälle: Gehirnerschütterung Knochenbrüche Sonstige:

Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Nein Ja, folgende:

Besonderheiten:

Schwere Erkrankungen bei Eltern oder Geschwistern:

Diabetes Bluterkrankheit
 Nierenversagen Sonstige:

Erhält oder erhielt Ihr Kind Fördermaßnahmen/Therapiemaßnahmen?

| | läuft noch | ist abgeschlossen |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie/Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Psychomotorik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sprachtherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Förderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Psychologische Betreuung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Deutsche Sprache | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | | |

Frage zu im Haushalt lebenden Geschwistern/Kindern [Bitte ankreuzen!]

Im Haushalt lebende Kinder [Bitte beginnen Sie mit dem ältesten Kind und heben Sie in dieser Aufzählung dass zu untersuchende Kind hervor!]

Geburtsjahr

Geschlecht

w für Mädchen, m für Jungen, u für unbekannt/divers

Fragen zur Lebenssituation des Kindes [Bitte ankreuzen und eintragen!]

Wer erzieht Ihr Kind?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beide Eltern (zusammenwohnend) | <input type="checkbox"/> Beide Eltern (getrennt wohnend) |
| <input type="checkbox"/> Alleinerziehende/r Mutter oder Vater | |
| <input type="checkbox"/> Elternteil mit Partner/-in | |
| <input type="checkbox"/> Großeltern | <input type="checkbox"/> Pflegeeltern |
| | <input type="checkbox"/> Heim oder andere Institution |

Ich bin einverstanden, dass der Kindergarten das Ergebnis der Schuleingangsuntersuchung erhält.

- Ja Nein

Datum _____

Unterschrift _____