

Hinweis: Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen.  
Die Beantwortung aller oder auch einzelner Fragen ist freiwillig!



Familiennamen des Kindes	Vorname	geboren am:	Staatsangehörigkeit	Herkunftsland
Muttersprache (Elternteil 1, Mutter, Vater)	Muttersprache (Elternteil 2, Mutter, Vater)	Anzahl Geschwister	Anzahl Erwachsene im Haushalt	Krippen/KITA/Kindergartenbesuch Dauer in Jahren <input type="text"/>

Name und Anschrift Personensorgeberechtigte

Name(n).....Vorname(n).....PLZ, Ort.....  
Straße.....Tel.-Nr.....

**Vollmacht**

Ich bevollmächtige die nachfolgend genannte Person, mein Kind zur Gesundheitsuntersuchung zu begleiten:

Name.....Vorname.....**bitte Ausweis mitbringen**

**Schwangerschaft und Geburt (Angaben im gelben Heft)**

vollendete Schwangerschaftswochen: |\_|\_| SSW    Geburtsgewicht: |\_|\_|\_|\_| Gramm     Mehrlingsgeburt

**Entwicklung**

Wurden bei Ihrem Kind jemals Entwicklungsverzögerungen festgestellt?     Ja     Nein

Freies Laufen bis 18 Monate     Ja     Nein

Erste Worte (wie Mama, Papa, Auto) bis 18 Monate     Ja     Nein

Altersentsprechende Sprachentwicklung     Ja     Nein

Kind wächst mehrsprachig auf     Ja     Nein

Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen?

Deutsch     Andere Sprache(n) (welche):.....

Kontakt mit der deutschen Sprache     seit Geburt     nicht seit Geburt

Wenn Kontakt mit der deutschen Sprache nicht seit Geburt, ab welchem Alter?    |\_| Jahre |\_|\_| Monate

Ist Ihr Kind     Rechtshänder     Linkshänder     noch unentschieden

**Liegt oder lag bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen oder gesundheitl. Einschränkungen vor?**

Hatte Ihr Kind schon einmal eine augenärztliche Untersuchung?     Nein     Ja

↳ Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

▶ Wurden dabei die Pupillen weit getropft?     Nein     Ja

▶ Wurde eine Sehstörung festgestellt?     Nein     Ja

↳ Wenn ja, welche Behandlung wurde durchgeführt?

▶ Brille     Nein     Ja

▶ Abkleben/Training eines Auges     Nein     Ja

▶ Schieloperation     Nein     Ja     geplant

Angeborene schwere Hörstörung     Nein     Ja

↳ Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

▶ Angeborene Hörstörung     links     rechts     beidseitig

▶ Mit Hörgerät versorgt     links     rechts     beidseitig

▶ Mit Cochlea-Implantat versorgt     links     rechts     beidseitig

**Bitte wenden!**

Stoffwechsel-/Hormonstörungen (nur ärztlich diagnostizierte Befunde)  Nein  Ja

↳ Wenn ja, welche:  MCAD-Mangel  Hypothyreose (angeboren)  PKU  AGS

Mukoviszidose  Diabetes mellitus (Typ 1)  Diabetes mellitus (Typ 2)

Sonstige:.....

Alter bei Diagnosestellung: |\_\_| |\_\_|\_\_|

Jahre Monate

Sonstige chronische Erkrankungen:  Nein  Ja (Welche?):.....

Schwere Behinderung:  Nein  Ja (Welche?):.....

Regelmäßig einzunehmende Medikamente:  Nein  Ja (Welche?):.....

Sind Ihnen Erkrankungen Ihres Kindes bekannt, die bestimmte Vorgehensweisen in Notfallsituationen erfordern (z.B. Allergien, Epilepsie, u.a.)?  Nein  Ja

↳ Wenn ja, welche?.....

**Hat Ihr Kind jemals folgende Fördermaßnahmen oder Behandlungen erhalten?**

Teilnahme am Vorkurs Deutsch	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> geplant
Sprachtherapie (Logopädie)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch	<input type="checkbox"/> geplant
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch	<input type="checkbox"/> geplant
Frühförderung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch	<input type="checkbox"/> geplant
Heilpädagogik	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch	<input type="checkbox"/> geplant
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch	<input type="checkbox"/> geplant
Psychologische Behandlung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch	<input type="checkbox"/> geplant

Wie oft hat Ihr Kind eine zahnärztliche Untersuchung?

mindestens einmal im Jahr  seltener als einmal im Jahr

nur wenn es Beschwerden hat  noch nie

Würden Sie sagen, dass Ihr Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung (bedrückt, ängstlich, schwankend, aufbrausend), Konzentration (kann nicht lange still sitzen, hört beim Vorlesen nicht ausdauernd zu), Verhalten, Umgang mit Anderen?

Nein  Ja

**Gibt es in der Familie (Eltern, Geschwister)**

▶ eine Lese-Rechtschreib-Schwäche (Legasthenie)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
▶ eine Rechenschwäche (Dyskalkulie)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
▶ Schielen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
▶ starke Weitsichtigkeit (>3dpt), Astigmatismus >3dpt, Kurzsichtigkeit >10dpt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Mein Kind wird kinder- oder hausärztlich behandelt von (Name und Adresse):

.....

.....