_____ _____ _____ _____ _____
Familienname des Kindes, Vorname, geboren am, Staatsangehörigkeit, Herkunftsland

_____ _____
Erstsprache Elternteil 1, Mutter, Vater Erstsprache Elternteil 2, Mutter, Vater

☐ Anzahl Geschwister

☐ Krippen-/ KITA-/ Kindergartenbesuch Dauer in Jahren

Name und Anschrift der/ des Personensorgeberechtigten

Name(n) _____ Vorname(n)_____

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: I__I__I *SSW* Geburtsgewicht: I__I__I__I__I *Gramm*
☐ Mehrlingsgeburt

Entwicklung

Wurden bei Ihrem Kind <u>jemals</u> 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

Kontakt mit der deutschen Sprache nicht seit Geburt, ab welchem Alter? I__I Jahre I__I__I Monate

Ist Ihr Kind ☐ Rechtshänder*in ☐ Linkshänder*in ☐ noch unentschieden

Angaben zu Vorerkrankungen oder gesundheitlichen Einschränkungen

Wurde ihr Kind schon einmal von einem Augenarzt untersucht? ☐ Nein ☐ Ja

↳*Wenn ja,* Foldendes wurde dabei festgestellt bzw. veranlasst::

☐ Unauffälliger Befund ☐ Brille wurde verordnet

☐ Kurzsichtigkeit (Myopie) ☐ Weitsichtigkeit (Hyperopie) ☐ Schielen

☐ Abkleben /Training eines Auges

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

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: I___I I___I___I

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	☐ Nein	☐ Ja	☐ geplant	
Sprachtherapie (Logopädie)	☐ Nein	☐ abgeschlossen	☐ läuft z.Zt. noch	☐ geplant
Krankengymnastik	☐ Nein	☐ abgeschlossen	☐ läuft z.Zt. noch	☐ geplant
Frühförderung	☐ Nein	☐ abgeschlossen	☐ läuft z.Zt. noch	☐ geplant
Heilpädagogik	☐ Nein	☐ abgeschlossen	☐ läuft z.Zt. noch	☐ geplant
Ergotherapie	☐ Nein	☐ abgeschlossen	☐ läuft z.Zt. noch	☐ geplant
Psychologische Behandlung	☐ Nein	☐ abgeschlossen	☐ läuft z.Zt. noch	☐ 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) mit

- einer Lese-Rechtschreib-Schwäche (Legasthenie)? ☐ Nein ☐ Ja
- einer Rechenschwäche (Dyskalkulie) ☐ Nein ☐ Ja
- Schielen ☐ Nein ☐ Ja
- starker Weitsichtigkeit (>3dpt), Astigmatismus >3dpt, Kurzsichtigkeit >10dpt ☐ Nein ☐ Ja

Mein Kind wird kinder- oder hausärztlich behandelt

Name und Adresse(n) der Ärzt*innen

_____

_____

_____

_____

Herausgeberin:
Landeshauptstadt München
Gesundheitsreferat
Bayerstr. 28a
80335 München
Muenchen.de/gsr
Stand: August 2023