

Diesen Bogen bitte ausgefüllt zur Untersuchung mitbringen

1. Angaben zur Person

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

in Deutschland geboren: ja ☐

nein ☐ Seit wann lebt Ihr Kind in Deutschland (Monat/ Jahr)? ____ . ____

Geschwister unter 18 Jahre:

Vorname, Name	Geburtsjahr	Vorname, Name	Geburtsjahr
1. _____	____.____.____	4. _____	____.____.____
2. _____	____.____.____	5. _____	____.____.____
3. _____	____.____.____	6. _____	____.____.____

Angaben zur Mutter/Elternteil A:

Name: _____ Vorname: _____ Tel.-Nr.: _____

Geburtsland: _____

Staatsangehörigkeit: deutsch ja ☐ nein ☐ andere/weitere: _____

Angaben zum Vater/Elternteil B :

Name: _____ Vorname: _____ Tel.-Nr.: _____

Geburtsland: _____

Staatsangehörigkeit: deutsch ja ☐ nein ☐ andere/weitere: _____

Welche Sprachen werden in Ihrer Familie mit dem Kind gesprochen?

1. _____ 2. _____ 3. _____

2. Erkrankungen des Kindes (auch frühere):

Name Kinderärztin/ Kinderarzt: _____

2.1 obstruktive Bronchitis/Asthma ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

2.2 angeborene Herzfehler/Herzerkrankungen ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

2.3 Krampfleiden (epileptische Anfälle) ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

2.4 andere wichtige Erkrankungen/Allergien/Unfälle ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

wenn ja, welche: _____

2.5 Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

wenn ja, welche: _____

2.6 Krankenhausaufenthalte/Operationen Anzahl _____ keine ☐ weiß nicht ☐

3. Entwicklung des Kindes

- 3.1. Wurde/wird Ihr Kind behandelt/betreut
- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| durch eine(n) Krankengymnasten/Krankengymnastin? | ja ☐ | nein ☐ |
| durch eine(n) Ergotherapeuten(in)? | ja ☐ | nein ☐ |
| durch eine(n) Logopäden(in)? | ja ☐ | nein ☐ |
| durch eine(n) Psychologen(in)/Psychiater(in)/Erziehungsberatung? | ja ☐ | nein ☐ |
- 3.2. Machen Sie sich Sorgen um Ihr Kind wegen
- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| seines Verhaltens? | ja ☐ | nein ☐ |
| seiner Sprachentwicklung? | ja ☐ | nein ☐ |
| seiner Konzentrationsfähigkeit? | ja ☐ | nein ☐ |
| seines Seh- oder Hörvermögens? | ja ☐ | nein ☐ |
- 3.3. Nässt Ihr Kind ein? ja ☐ nein ☐

4. Betreuung des Kindes

Name der aktuellen Kita: _____ Mein Kind hat bisher keine Kita besucht ☐

- 4.1 Seit wann (Monat/Jahr) geht Ihr Kind in eine Kindertagesstätte?
(auch Elterninitiativ-Kita/ Großtagespflegestelle)?
- | Monat | Jahr |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- wenn Ihr Kind aktuell keine Kita besucht, seit wann nicht mehr?
- 4.2 Geht oder ging Ihr Kind in eine andere Tagesbetreuung? ja ☐ nein ☐
- 4.3 Wie viele Stunden pro Tag wird Ihr Kind in der Kita betreut?
- bis zu 5 Stunden ☐ 5 - 7 Stunden ☐ länger als 7 Stunden ☐

Wir stellen Ihnen im Weiteren auch einige Fragen zum Lebensumfeld Ihres Kindes. Diese Angaben sind freiwillig, aber sehr wichtig für unsere Arbeit. Ihre Angaben sind vertraulich und werden nicht an die Schulen weitergegeben.

5. Lebensumfeld

- 5.1 Das Kind lebt überwiegend bei
- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| Eltern ☐ | bei getrennt lebenden Eltern: im Wechselmodell ☐ | im Nestmodell ☐ |
| allein erziehender Mutter/Elternteil A ☐ | allein erziehendem Vater/Elternteil B ☐ | |
| Pflegefamilie/ Verwandten ☐ | in einer Einrichtung ☐ | |

- 5.2 Schulabschluss der Eltern (den höchsten ankreuzen und bitte bei beiden Eltern angeben!)

	Mutter/ Elternteil A	Vater/ Elternteil B
kein Schulabschluss	☐	☐
Hauptschulabschluss oder weniger als 10. Klasse	☐	☐
mittlere Reife/mittlerer Schulabschluss (MSA)/10. Klasse	☐	☐
Abitur/Fachabitur	☐	☐

Diesen Bogen bitte ausgefüllt zur Untersuchung mitbringen

5.3 Berufsausbildung der Eltern (die höchste ankreuzen und bitte bei beiden Eltern angeben!)

	Mutter/ Elternteil A	Vater/ Elternteil B
keine/keine abgeschlossene Berufsausbildung	☐	☐
in Ausbildung/Studium	☐	☐
abgeschlossene Berufsausbildung/Fachschulabschluss	☐	☐
abgeschlossenes Studium (Uni, Fachhochschule)	☐	☐

5.4 Berufstätigkeit der Eltern (bitte bei beiden Eltern angeben!)

	Mutter/ Elternteil A	Vater/ Elternteil B
nicht erwerbstätig, weil		
finde keine Arbeit	☐	☐
alle anderen Gründe	☐	☐
teilzeitbeschäftigt	☐	☐
vollzeitbeschäftigt	☐	☐

5.5 Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt (Ihr einzuschulendes Kind mitgerechnet)?

Erwachsene: Kinder unter 18 Jahren:

5.6 Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind Raucher/Dampfer? keiner ☐

5.7 Wie viele Stunden am Tag beschäftigt sich Ihr Kind im Durchschnitt mit elektronischen Bildschirmgeräten?
(elektronische Bildschirmgeräte sind Fernsehen, Computer, Tablet, Smartphone, Spielekonsole etc;
Geräte ausschließlich zum Hören z.B. Tonie-Box sind nicht gemeint)

Dauer der Beschäftigung pro Tag

gar nicht	☐	mein Kind hat	
max. ½ Stunde	☐	einen eigenen Fernseher	☐
max. 1 Stunde	☐	andere eigene elektronische Geräte	☐
max. 2 Stunden	☐	wenn ja, welche: _____	
max. 3 Stunden	☐	mein Kind hat kein eigenes Gerät	☐
über 3 Stunden	☐		

Einverständniserklärung

Ich bin darüber informiert worden, dass die Beantwortung des Abschnitts 5 der vorstehenden Fragen **freiwillig** erfolgt. Die erhobenen Daten werden entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich behandelt und verbleiben beim Arzt bzw. bei der Ärztin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes.

Datum _____ Unterschrift _____
der/des Personensorgeberechtigten