

1. Angaben zur Person

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

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

in Deutschland geboren: ja nein

Seit wann lebt Ihr Kind in Deutschland (Monat/ Jahr)?

Geschwister unter 18 Jahre:

| Vorname | Geburtsjahr | Vorname | Geburtsjahr |
|----------|-------------|----------|-------------|
| 1. _____ | _____ | 4. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | 5. _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ | 6. _____ | _____ |

Bitte Eltern des Kindes eintragen:

Name der Mutter: _____ Vorname: _____

Name des Vaters: _____ Vorname: _____

Geburtsland der Mutter: _____ des Vaters: _____

Staatsangehörigkeit

der Mutter: deutsch ja nein andere/weitere: _____

des Vaters: deutsch ja nein andere/weitere: _____

Welche Sprachen werden in Ihrer Familie mit dem Kind gesprochen?

1. _____ 2. _____ 3. _____

Name des Kinderarztes/Hausarztes: _____

2. Erkrankungen des Kindes (auch frühere):

| | | | | |
|-----|--|--------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| 2.1 | obstruktive Bronchitis/Asthma | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | weiß nicht <input type="radio"/> |
| 2.2 | angeborene Herzfehler/Herzkrankungen | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | weiß nicht <input type="radio"/> |
| 2.3 | Krampfleiden (epileptische Anfälle) | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | weiß nicht <input type="radio"/> |
| 2.4 | andere wichtige Erkrankungen/Allergien/Unfälle | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | weiß nicht <input type="radio"/> |

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 <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| | durch eine(n) Ergotherapeuten(in)? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| | durch eine(n) Logopäden(in)? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| | durch eine(n) Psychologen(in)/Psychiater(in)/Erziehungsberatung? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| 3.2. | Machen Sie sich Sorgen um Ihr Kind wegen | | |
| | seines Verhaltens? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| | seiner Sprachentwicklung? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| | seiner Konzentrationsfähigkeit? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| | seines Seh- oder Hörvermögens? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| 3.3 | Nässt Ihr Kind ein? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |

4. Betreuung des Kindes

4.1 Seit wann (Monat/Jahr) geht Ihr Kind in eine Kindertagesstätte (auch Elterninitiativ-Kita/ Großtagespflegestelle)? Monat / Jahr nicht

wenn ja, in welche zuletzt: _____

wenn Ihr Kind aktuell keine Kita besucht, seit wann nicht mehr?

4.2 Geht oder ging Ihr Kind in eine andere Tagesbetreuung? ja nein

5. Lebensumfeld

- 5.1 Das Kind lebt überwiegend bei
Eltern allein erziehender Mutter allein erziehendem Vater
Pflegefamilie Verwandten im Heim
- 5.2 Schulabschluss der Eltern (den höchsten ankreuzen und bitte bei **beiden** Eltern angeben!)
Mutter Vater
kein Hauptschulabschluss
Hauptschulabschluss oder weniger als 10. Klasse
mittlere Reife/mittlerer Schulabschluss (MSA)/10. Klasse
Abitur/Fachabitur
- 5.3 Berufsausbildung der Eltern (die höchste ankreuzen und bitte bei **beiden** Eltern angeben!)
Mutter Vater
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 Vater
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 Geräten?
(elektronische Geräte sind Fernsehen, DVD, Computer, Tablet, Smartphone, Playstation und andere)
Dauer der Beschäftigung pro Tag
gar nicht
max. 1 Stunde
max. 2 Stunden
max. 3 Stunden
über 3 Stunden
mein Kind hat
einen eigenen Fernseher
andere eigene elektronische Geräte
wenn ja, welche: _____
kein eigenes Gerät

Einverständniserklärung

Ich bin darüber belehrt worden, dass die Beantwortung des Abschnitts 5 der vorstehenden Fragen **freiwillig** erfolgt.

Die gemachten Angaben werden nach der Verordnung über die Verarbeitung personenbezogener Daten in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes vom 30.06.1994 erhoben und verarbeitet.

Die erhobenen Daten werden entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich behandelt und verbleiben beim Arzt bzw. bei der Ärztin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes.

Ich bin damit einverstanden, dass auch die Angaben des Abschnitts 5 (Lebensumfeld) **anonymisiert** (d. h. ohne Namen und Anschrift) für die Gesundheitsberichterstattung nach den Grundsätzen der statistischen Geheimhaltung und Gesundheitsplanung verarbeitet und gespeichert werden.

Datum

Unterschrift
der/des Personensorgeberechtigten