

## 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 <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 ☐ 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 <input type="radio"/>                                 | bei getrennt lebenden Eltern: im Wechselmodell <input type="radio"/> | im Nestmodell <input type="radio"/> |
| allein erziehender Mutter/Elternteil A <input type="radio"/> | allein erziehendem Vater/Elternteil B <input type="radio"/>          |                                     |
| Pflegefamilie/ Verwandten <input type="radio"/>              | in einer Einrichtung <input type="radio"/>                           |                                     |

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

|                                                          | Mutter/<br>Elternteil A | Vater/<br>Elternteil B |
|----------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|
| kein Schulabschluss                                      | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |
| Hauptschulabschluss oder weniger als 10. Klasse          | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |
| mittlere Reife/mittlerer Schulabschluss (MSA)/10. Klasse | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |
| Abitur/Fachabitur                                        | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |

**Diesen Bogen bitte ausgefüllt zur Untersuchung mitbringen**

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

|                                                    | Mutter/<br>Elternteil A | Vater/<br>Elternteil B |
|----------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|
| keine/keine abgeschlossene Berufsausbildung        | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |
| in Ausbildung/Studium                              | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |
| abgeschlossene Berufsausbildung/Fachschulabschluss | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |
| abgeschlossenes Studium (Uni, Fachhochschule)      | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |

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

|                          | Mutter/<br>Elternteil A | Vater/<br>Elternteil B |
|--------------------------|-------------------------|------------------------|
| nicht erwerbstätig, weil |                         |                        |
| finde keine Arbeit       | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |
| alle anderen Gründe      | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |
| teilzeitbeschäftigt      | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |
| vollzeitbeschäftigt      | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |

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      | <input type="radio"/> | mein Kind hat                      |                       |
| max. ½ Stunde  | <input type="radio"/> | einen eigenen Fernseher            | <input type="radio"/> |
| max. 1 Stunde  | <input type="radio"/> | andere eigene elektronische Geräte | <input type="radio"/> |
| max. 2 Stunden | <input type="radio"/> | <b>wenn ja, welche:</b> _____      |                       |
| max. 3 Stunden | <input type="radio"/> | mein Kind hat kein eigenes Gerät   | <input type="radio"/> |
| über 3 Stunden | <input type="radio"/> |                                    |                       |

---

**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.

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