

Angaben für die (schul)ärztliche Untersuchung Ihres Kindes

Name:		Vorname:		hier Etikett aufkleben			
Geburtsdatum:		Telefon:					
Straße/Haus-Nr.:							
PLZ / Ort:							
Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d		Name der Mutter:		Name des Vaters:		Gemeinsames Sorgerecht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Welchen Kindergarten besucht Ihr Kind? _____ Seit wann? _____ Integrationsplatz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				Nationalität des Kindes:		dieses Feld bitte nicht ausfüllen: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Welche Schule wird Ihr Kind besuchen?				Herkunftsland des Kindes:		dieses Feld bitte nicht ausfüllen: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				In Deutschland seit? _____			
Geschwister des Kindes (nur Geburtsjahr) 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____							
Schwangerschaft und Geburtsverlauf: <input type="checkbox"/> ohne Besonderheiten <input type="checkbox"/> mit Besonderheiten, <input type="checkbox"/> Frühgeburt in _____ Woche <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt		Geburtsgewicht: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		APGAR: _____ / _____ / _____ NAPH: _____			
Hatte oder hat Ihr Kind eine ernsthafte oder chronische Erkrankung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche? _____ Bestehen ernsthafte Erkrankungen oder Entwicklungsstörungen in der Familie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche? _____ Hatte Ihr Kind Krankenhausaufenthalte, Operationen oder Unfälle? (z.B. Polypentfernung, Mandeloperation, Paukenröhrchen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche? _____ Welche Medikamente nimmt Ihr Kind ein? Benötigt Ihr Kind Hilfsmittel? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Hörgeräte <input type="checkbox"/> Schielpflaster <input type="checkbox"/> andere				Hatte oder hat Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende <input type="checkbox"/> häufig Bronchitis <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Ekzem/Neurodermitis <input type="checkbox"/> häufig Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> häufig Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> häufig Mittelohrentzündungen <input type="checkbox"/> Probleme mit den Ohren / Verdacht auf schlechtes Hören <input type="checkbox"/> häufig oder lang andauernden Schnupfen <input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe oder Anfallsleiden <input type="checkbox"/> Diabetes/Zuckerkrankheit <input type="checkbox"/> Hüftgelenkerkrankung <input type="checkbox"/> Kinderkrankheiten: _____ <input type="checkbox"/> Allergien gegen: _____			
Name der behandelnden Ärzte: Kinder-/Jugendarzt: _____ Hausarzt: _____ Augenarzt: _____ HNO-Arzt: _____ Pädaudiologe: _____ Orthopäde: _____							



Welche der folgenden Angaben treffen auf Ihr Kind zu?

Mein Kind ist gekrabbelt: ja nein Mein Kind konnte mit Monaten frei laufen.

Die Sprache entwickelte sich: normal eher spät mit Auffälligkeiten

Haben Sie ihr Kind gestillt: ja nein keine Angabe

Wenn ihr Kind gestillt wurde, wie lange dauerte die Stillzeit insgesamt?

- Möchte/Kann ich nicht beantworten.
- Mein Kind war weniger als 3 Wochen alt, als es abgestillt wurde.
- Mein Kind war Monat(e) alt, als es abgestillt wurde.

Welche Sprache wurde in den ersten vier Lebensjahren zu Hause mit dem Kind überwiegend gesprochen, wenn Ihre Muttersprache nicht Deutsch ist? _____

- | | | | |
|---|--|---|--|
| Mein Kind ist tagsüber und nachts trocken? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Mein Kind geht gerne in den Kindergarten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher nein |
| Hat Ihr Kind Freunde und Spielkameraden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher nein | Hört Ihr Kind gerne beim Erzählen und Vorlesen zu? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher nein |
| Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher nein | Kann sich Ihr Kind in der Gruppe gut konzentrieren? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher nein |
| Kann Ihr Kind geduldig abwarten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher nein | Ist Ihr Kind häufig unruhig? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher nein |
| Ist Ihr Kind Erwachsenen gegenüber offen, nicht schüchtern? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher nein | Schaut sich Ihr Kind gerne Bücher an? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher nein |
| Malt Ihr Kind gem? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher nein | Kann Ihr Kind Fahrrad fahren (ohne Stützräder)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Kann Ihr Kind schon schwimmen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Hat Ihr Kind einen eigenen Fernseher/ PC/ eine Spielekonsole im Kinderzimmer? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Wie lange schaut Ihr Kind am Tag Fernsehen oder spielt Computer oder Spielekonsole? insgesamt Minuten

Kategorie

Dieses Feld wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt

Hatte oder hat Ihr Kind Therapien oder Fördermaßnahmen?

- ja, folgende nein, keine Therapien
- Krankengymnastik von _____ bis _____ abgeschlossen? ja nein
- Ergotherapie von _____ bis _____ abgeschlossen? ja nein
- Sprachtherapie/Logopädie von _____ bis _____ abgeschlossen? ja nein
- Frühförderung / Heilpädagogik von _____ bis _____ abgeschlossen? ja nein
- Psychomotorik von _____ bis _____ abgeschlossen? ja nein
- sonstige Behandlungen oder Therapien von _____ bis _____ abgeschlossen? ja nein

Vorstellung im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) ist erfolgt. In? _____ Wann? _____
Ortsangabe

Gibt es für Ihr Kind sozialrechtliche Hilfen nein Pflegegeld Behindertenausweis andere

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von Vater Mutter _____

Sonstige Angaben für den Schularzt:



Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind freiwillig. Die Daten werden gespeichert und in anonymisierter Form weiter verarbeitet. Sie können die Einwilligung zur weiteren Verarbeitung der Daten verweigern und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Beantwortung der Fragen hat keinen Einfluss auf das Ergebnis der schulärztlichen Untersuchung.

Welchen Schulabschluss haben Sie? (Bitte jeweils nur den höchsten Abschluss angeben)			Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung? (Bitte jeweils nur den höchsten Abschluss angeben)		
Bei Regenbogenfamilien	Mutter Partner/-in	Vater Partner/-in	Bei Regenbogenfamilien	Mutter Partner/-in	Vater Partner/-in
Hauptschulabschluss/ Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschulabschluss (mittlere Reife, Fachoberschulreife)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Berufsschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abschluss Polytechnische Oberschule (POS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fachschule (z.B. Meister-Techni- kerschule, Berufs-/Fachakademie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fachhochschule, Ingenieurschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abitur (Gymnasium bzw. EOS, fachgebundene Hochschulreife)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Universität, Hochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anderer Ausbildungsabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schule beendet ohne Schulabschluss/ kein Schulbesuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kein beruflicher Abschluss und auch nicht in Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noch keinen Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Noch in Ausbildung (Auszubildende/r, Student/in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche der folgenden Angaben zur Berufstätigkeit trifft auf Sie zurzeit zu?			Bei wem lebt das Kind hauptsächlich? (Bitte nur ein Kreuz machen)	
Bei Regenbogenfamilien	Mutter Partner/-in	Vater Partner/-in		
Nicht berufstätig (z. B. Hausfrau/ -mann, Student/in, Rentner/in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leibliche Eltern	<input type="checkbox"/>
Arbeitslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mutter und ihr Partner	<input type="checkbox"/>
Vollzeit beschäftigt + Unterstützung durch Bürgergeld, früher ALG II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vater und seine Partnerin	<input type="checkbox"/>
Teilzeit oder stundenweise beschäftigt + Unterstützung d. Bürgergeld, früher ALG II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mutter	<input type="checkbox"/>
Vorübergehende Freistellung (z. B. Elternzeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vater	<input type="checkbox"/>
Teilzeit oder stundenweise berufstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Großeltern / andere Verwandte	<input type="checkbox"/>
Voll berufstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflegeeltern / Adoptiveltern	<input type="checkbox"/>
Auszubildende/r (z. B. Lehrling)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	in einem Heim	<input type="checkbox"/>
			Abwechselnd bei den getrennt lebenden Eltern	<input type="checkbox"/>

