

Hinweise zum Ausfüllen dieses Bogens:
 Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen ☒
 Die Beantwortung aller oder auch einzelner Fragen ist freiwillig!



Familienname des Kindes	Vorname	geboren am	Staatsangehörigkeit	Anzahl der Geschwister
Muttersprache (Mutter)	Muttersprache (Vater)	Anzahl Erwachsene im Haushalt	Krippen-/KITA/Kindergartenbesuch Dauer in Jahren <input style="width: 50px;" type="text"/>	
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten Name(n)..... Vorname(n)..... PLZ, Ort..... Straße..... Tel.-Nr.....				
Schwangerschaft und Geburtsverlauf (Angaben im gelben Heft)				
Geburtsgewicht: Gramm vollendete Schwangerschaftswochen: ssw <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt				
Entwicklung				
Wurden bei Ihrem Kind <u>jemals</u> Entwicklungsverzögerungen festgestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Freies Laufen bis 18 Monate <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Erste Worte (wie Mama, Papa, Auto) bis 18 Monate <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Sprachauffälligkeiten in der Entwicklung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Kind wächst mehrsprachig auf <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Andere Sprache(n) (welche): _____				
Kontakt mit der deutschen Sprache <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> nicht seit Geburt Wenn Kontakt mit der deutschen Sprache nicht seit Geburt, ab welchem Alter? Jahre Monate				
Ist Ihr Kind <input type="checkbox"/> Rechtshänder <input type="checkbox"/> Linkshänder <input type="checkbox"/> noch unentschieden				
Liegt oder lag bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen oder gesundheitl. Einschränkungen vor?				
Wurde Ihr Kind schon einmal von einem Augenarzt untersucht? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen: ▶ Wurden dabei die Pupillen weit getropft? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ▶ Wurde eine Sehstörung festgestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ↪ Wenn ja, welche Behandlung wurde durchgeführt? ▶ Brille <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ▶ Abkleben/Training eines Auges <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ▶ Schieloperation <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> geplant				
Angeborene schwere Hörstörung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen: Angeborene Hörstörung <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseitig Mit Hörgerät versorgt <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseitig Mit Cochlea-Implantat versorgt <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseitig				

Bitte wenden!

Stoffwechsel-/Hormonstörungen (nur ärztlich diagnostizierte Befunde) Nein Ja

Wenn ja, welche: MCAD-Mangel Hypothyreose (angeborene) PKU AGS
 Mukoviszidose Diabetes mellitus (Typ 1) Diabetes mellitus (Typ 2)
 Sonstige:

Alter bei Diagnosestellung: |__| |__| |__|
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?

Kinderarzt/Hausarzt:

.....

Hat Ihr Kind jemals folgende Fördermaßnahmen oder Behandlungen erhalten?

Teilnahme am Vorkurs Deutsch	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> geplant
Sprachtherapie (Logopädie)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen	<input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch <input type="checkbox"/> geplant
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen	<input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch <input type="checkbox"/> geplant
Frühförderung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen	<input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch <input type="checkbox"/> geplant
Heilpädagogik	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen	<input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch <input type="checkbox"/> geplant
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen	<input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch <input type="checkbox"/> geplant

Wie oft gehen Sie mit Ihrem Kind zum Zahnarzt?

mindestens einmal im Jahr zur Kontrolle
 seltener als einmal im Jahr zur Kontrolle
 nur wenn es Beschwerden hat
 mein Kind war noch nie beim Zahnarzt

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)

▶ eine Lese-Rechtschreib-Schwäche (Legasthenie)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
▶ eine Rechenschwäche (Dyskalkulie)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
▶ Schielen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
▶ starke Weitsichtigkeit >3dpt, Astigmatismus >3dpt, Kurzsichtigkeit >10dpt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Ausgefüllt am: