

Angaben der Erziehungsberechtigten

	Kind	Erziehungsberechtigte	
		(Mutter)	(Vater)
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsland			
Nationalität			
Straße			
PLZ, Wohnort			
Telefon			
Arzt des Kindes			
Anzahl der Geschwister			
Kindergartenbesuch	von (Monat/Jahr) _____ bis _____		
Name des Kindergartens	Name der (zukünftigen) Schule		

Angaben zur Geburt:

- Normalgeburt Kaiserschnitt Saugglocke
 Zange Frühgeburt (... SSW) Mehrlingsgeburt

Geburtsgewicht: _____ g Geburtsgröße _____ cm

Komplikationen: nein ja – welche? _____

Frühkindliche Entwicklung:

Laufen gelernt bis zum 18. Monat ja später – wann? _____

Erstgesprochene Sprache des Kindes deutsch andere Sprache _____

Normale Sprachentwicklung ja nein – was? _____

Tag und Nacht sauber bis zu 4 Jahren ja später – wann? _____

Wie lange wurde das Kind gestillt nicht bis 3 Monate bis 7 Monate länger

Kinderkrankheiten:

- Windpocken Scharlach Masern Mumps Röteln Keuchhusten

Bisherige Erkrankungen:

- Fehlsichtigkeit (Brille)
- Ohrenerkrankungen
- Allergien
- Heuschnupfen
- Lungenerkrankungen (Asthma / Bronchitis)
- Herz- / Kreislaufkrankungen
- Nieren- / Blasenerkrankungen
- neurologische Erkrankungen
(z.B. Anfallsleiden, Hirnhautentzündung)
- Hauterkrankungen (z.B. Neurodermitis)
- Knochen | Wirbelsäule | Füße
(z.B. Hüfterkrankungen, Einlagen)
- sonstige Erkrankungen / Infektionen
- Unfälle (z.B. Knochenbrüche)

Zutreffendes bitte Erläutern, Art der Erkrankung, wann, welche Therapie usw.

War Ihr Kind längere Zeit in ärztlicher Behandlung?

nein ja wann? _____ wegen _____

Wurde Ihr Kind im Krankenhaus behandelt?

nein ja wann? _____ wegen _____

Wurde Ihr Kind operiert:

nein ja wann? _____ wegen _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

nein ja – welche _____

Treibt Ihr Kind Sport in einer Gruppe / im Verein?

nein ja – welche Sportart? _____

Kind kann Radfahren Kind kann schwimmen

Wird Ihre Familie durch das Jugendamt unterstützt? nein ja

Behandlung | Förderung:

Krankengymnastik	von _____ bis _____	warum? _____
Sprachtherapie / Logopädie	von _____ bis _____	warum? _____
Deutschförderung in der KiTa	von _____ bis _____	warum? _____
Ergotherapie	von _____ bis _____	warum? _____
Frühförderung / Mototherapie	von _____ bis _____	warum? _____
Mototherapie (Krankenkasse)	von _____ bis _____	warum? _____
Psychologische Betreuung	von _____ bis _____	warum? _____
Integrationshelfer/in in der KiTa	von _____ bis _____	warum? _____

Sonstige Angaben für die Schulärztin:

Ich bin damit einverstanden, dass im Gesundheitsamt vorhandene Unterlagen und Befunde zur Gutachtenerstellung genutzt werden.

Datum

Unterschrift