

Ihre Angaben sind freiwillig und werden **streng vertraulich** behandelt!

1. Angaben zum Kind und zur Familie

Name/Vorname Ihres **Kindes**: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsland: _____ Nationalität: _____

Anschrift: _____

Name/Vorname der Mutter/Sorgeberechtigten: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsland: _____ Nationalität: _____

Anschrift _____
(wenn abweichend vom Kind) Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

Telefon* _____

Name/Vorname des Vaters/Sorgeberechtigten: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsland: _____ Nationalität: _____

Anschrift: _____
(wenn abweichend vom Kind) Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

Telefon* _____

*Wir bitten dringend um die Angabe einer Telefonnummer, um Ihnen bei Bedarf die Absage oder Verschiebung Ihres Termins mitteilen zu können.

2. Fragen zur vorschulischen Erziehung des Kindes

Besucht oder besuchte Ihr Kind eine der folgenden Einrichtungen?

(Bitte nur bei mehr als 12 Stunden Betreuung pro Woche!)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kindergarten/Kindertagesstätte (oder ähnliches) | <input type="checkbox"/> Sprachheilkindergarten |
| <input type="checkbox"/> Heilpädagogischer Kindergarten | <input type="checkbox"/> sonstiger Förderkindergarten |
| <input type="checkbox"/> Integrationskindergarten als Integrationskind | |

Welche Kita besucht ihr Kind jetzt? Name: _____

Wie lange wird ihr Kind die Kita, inklusive Krippe, insgesamt besuchen? (Zeit vom Beginn bis zur Einschulung)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> bis zu einem Jahr | <input type="checkbox"/> über 1 Jahr bis max. 2 Jahre | |
| <input type="checkbox"/> über 2 Jahre bis max. 3 Jahre | <input type="checkbox"/> über 3 Jahre bis max. 4 Jahre | <input type="checkbox"/> länger als 4 Jahre |
| <input type="checkbox"/> Mein/Unser Kind besucht keinen Kindergarten/ war/ist in keiner derartigen Einrichtung | | |

Welche ist die **zuständige Schule bei der Einschulung**? _____

3. Fragen zur Geburt und ersten Entwicklung des Kindes

(die Informationen finden Sie im gelben Untersuchungsheft auf der ersten Seite)

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft und Geburt?

Nein Ja _____

In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt? _____SSW

Art der Geburt: Spontangeburt Kaiserschnitt Geburt mit Saugglocke oder Zange

Geburtsgewicht: _____g Geburtslänge: _____cm

Apgar: _____|_____|_____|

Freies Laufen bis 18 Monate? Ja Nein

2-Wortsätze mit 24 Monaten? Ja Nein

4. Fragen zur Gesundheit und weiteren Entwicklung ihres Kindes

Welche Erkrankungen hatte ihr Kind bisher?

Infektionen:

Masern Mumps Röteln Keuchhusten Windpocken
 Scharlach Hepatitis Meningitis Sonstige: _____

Allergische Erkrankungen:

Asthma Neurodermitis Heuschnupfen/allergische Rhinitis sonstige Allergien

Vorerkrankungen:

Diabetes Herzfehler Anfallsleiden Bewegungsunruhe Einnässen (Enuresis)
 Konzentrationsschwäche häufige Harnwegsinfekte häufige Mittelohrentzündungen
 orthopäd. Erkrankungen Sonstiges: _____

Welche Operationen bzw. Unfälle hatte ihr Kind bisher?

Adenotomie/Polypen Tonsillektomie/Mandeln Paukenröhrchen Leistenbruch
 Sonstige _____ Unfall: _____

Erhält oder erhielt ihr Kind Fördermaßnahmen/Therapiemaßnahmen

Physiotherapie Motopädie Ergotherapie Sprachtherapie/Logopädie
 heilpädagogische. Förderung psychologische Behandlung
 Sprachförderung Deutsch Sonstige: _____

Im Falle einer Beeinträchtigung, gibt es einen Schwerbehindertenausweis?

Nein Ja, mit Grad der Behinderung: _____ und Merkzeichen: _____

5. Wer ist der behandelnde Kinderarzt/Hausarzt?

6. Frage zu im Haushalt lebenden Kindern

Im Haushalt lebende Geschwister/Kinder

(Bitte beginnen Sie mit dem ältesten Kind und unterstreichen sie das zu untersuchende Kind)

Geburtsjahr

1. Kind 2. Kind 3. Kind 4. 5. 6. 7. 8. 9.

Ist das Einschulkind ein Mehrlingskind, z. B. Zwilling? Ja Nein

7. Fragen zur Lebenssituation des Kindes

Zum Schluss erbitten wir noch einige freiwillige Angaben zur familiären Situation ihres Kindes sowie zu Ihnen und Ihrer/Ihrem Ehe- oder Lebenspartnerin/ -partner. Wenn Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder möchten, besteht im persönlichen Gespräch die Gelegenheit diese Punkte zu besprechen.

Wer erzieht Ihr Kind?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beide Eltern | <input type="checkbox"/> Elternteil mit Partner | <input type="checkbox"/> alleinerziehende Mutter |
| <input type="checkbox"/> Großeltern | <input type="checkbox"/> Pflegeeltern | <input type="checkbox"/> alleinerziehender Vater |
| <input type="checkbox"/> Heim oder andere Institution | | |

Angaben zur Mutter

Angaben zum Vater

Schulabschluss

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss | <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss |
| <input type="checkbox"/> Realschulabschluss | <input type="checkbox"/> Realschulabschluss |
| <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife | <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife |
| <input type="checkbox"/> Abitur (Hochschulreife) | <input type="checkbox"/> Abitur (Hochschulreife) |
| <input type="checkbox"/> Sonstiger Schulabschluss | <input type="checkbox"/> Sonstiger Schulabschluss |
| <input type="checkbox"/> (noch) kein Abschluss | <input type="checkbox"/> (noch) kein Abschluss |

Abgeschlossene Berufsausbildung/Studium

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lehre | <input type="checkbox"/> Lehre |
| <input type="checkbox"/> Fach, -Handels- oder Meisterschule | <input type="checkbox"/> Fach, -Handels- oder Meisterschule |
| <input type="checkbox"/> Fachhochschule/Bachelor | <input type="checkbox"/> Fachhochschule/Bachelor |
| <input type="checkbox"/> Universität/Hochschule/Master | <input type="checkbox"/> Universität/Hochschule/Master |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> (noch) kein Abschluss | <input type="checkbox"/> (noch) kein Abschluss |

Erwerbstätigkeit Mutter/Partner*in

- Vollzeit (30 Stunden und mehr)
 Teilzeit (15-29Stunden)
 Nicht/Geringfügig erwerbstätig (0-14Std.)
- Schichtdienst

Erwerbstätigkeit Vater/Partner*in

- Vollzeit (30 Stunden und mehr)
 Teilzeit (15-29Stunden)
 Nicht/ Geringfügig erwerbstätig (0-14Std.)
- Schichtdienst

Weitere Fragen (bei „Ja“ ☒ bitte ankreuzen)

Bestehen aus Ihrer Sicht Fragen zur/zum emotionalen Reife Verhalten
 Aufmerksamkeit Ausdauer Konzentration

8. Haben Sie Fragen bzw. Mitteilungen an den Kinder- und jugendärztlichen Dienst?

Mit der Weitergabe der Befunde der persönlichen Schuleingangsuntersuchung

an die Schulleitung bin ich/sind wir einverstanden

Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Bitte beachten Sie, dass **jedes Kind die Pflicht zur Teilnahme und das Recht auf eine Schuleingangsuntersuchung** nach § 5 NGöGD und §56 NSchG hat.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!