

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

**1. Angaben zum Kind und zur Familie**

Name/Vorname Ihres **Kindes**: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_

Name/Vorname des Vaters/Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_  
 Anschrift \_\_\_\_\_  
(wenn abweichend vom Kind) Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort  
 Telefon\* \_\_\_\_\_

Name/Vorname der Mutter/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 <b>besucht keinen Kindergarten/</b> 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!**