Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen ☒

Familienname des Kindes	Vorname	geboren am	Staatsange-hörigkeit	Anzahl weiterer Geschwister

Muttersprache (Mutter)	Muttersprache (Vater)	Anzahl Erwachsene im Haushalt	Kindergartenbesuch ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Jahre

Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten

Name……..……Vorname……Ort……..…..……

Straße……..…..……Tel.-Nr……..……..

Schwangerschaft und Geburtsverlauf

☐ Geburtsgewicht unter 2.500 g ☐ Frühgeburt (unter 37 Schwangerschaftswochen) ☐ Mehrlingsgeburt

Entwicklung

Wurden bei Ihrem Kind jemals Entwicklungsverzögerungen festgestellt?	☐ Ja	☐ Nein
Freies Laufen bis 18 Monate	☐ Ja	☐ Nein
Erste Worte (wie Mama, Papa, Auto) bis 18 Monate	☐ Ja	☐ Nein
Sprachauffälligkeiten in der Entwicklung	☐ Ja	☐ Nein
Kind wächst mehrsprachig auf	☐ Ja	☐ Nein

Liegt oder lag bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen oder gesundheitl. Einschränkungen vor?

Windpocken ☐ Ja ☐ Nein

Sehstörungen ☐ Ja ☐ Nein Schielbehandlung ☐ Ja ☐ Nein Brillenträger ☐ Ja ☐ Nein

Schwere Hörstörung ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

☐ angeborene, schwere Hörstörung ☐ links ☐ rechts

☐ erworbene, bleibende Hörstörung ☐ links ☐ rechts

☐ mit Hörgerät versorgt seit links ….……*Monat/Jahr* rechts ……..…*Monat/Jahr*

☐ mit Cochlea-Implant versorgt seit links ……..…*Monat/Jahr* rechts …..……*Monat/Jahr*

Seltene angeborene Stoffwechsel-/Hormonstörungen: ☐ PKU ☐ MCAD-Mangel ☐ Hypothyreose

☐ AGS ☐ Mukoviszidose ☐ Diabetes mellitus (Typ 1) ☐ Diabetes mellitus (Typ 2)

Sonstige chronische Erkrankungen: ……..

Schwere Behinderung: …….

Regelmäßig einzunehmende Medikamente: ……

Erhielt oder erhält Ihr Kind im Jahr vor der Einschulung Fördermaßnahmen oder Behandlungen?

Sprachförderung (in der Gruppe, z.B. im Kindergarten)	☐ Ja	☐ Nein
Sprachtherapie (Einzeltherapie, z.B. bei Logopäde/in)	☐ Ja	☐ Nein
Krankengymnastik	☐ Ja	☐ Nein
Psychologische Behandlung	☐ Ja	☐ Nein
Frühförderung/Heilpädagogik/Ergotherapie	☐ Ja	☐ Nein

Ambulante ärztliche Behandlung ☐ Ja ☐ Nein Stationäre Krankenhausbehandlung ☐ Ja ☐ Nein

wegen ……

Kinderarzt/Hausarzt: ……..

……

…… ……..……

Ort, Datum Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

Stand: Juli 2011