

Vorbereitungsbogen für die Eltern auf die Untersuchung

Ihre Angaben sind freiwillig, werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Sie dienen der passgenauen Beratung für Ihr Kind. Wenn Sie den Bogen nicht vorab ausfüllen möchten, werden wir Ihnen im Rahmen der Untersuchung ggf. diese Fragen stellen. Das Ausfüllen im Vorfeld erspart Zeit, die dann für die ausführlichere Untersuchung Ihres Kindes zur Verfügung steht.

1 **Besucht Ihr Kind einen Kindergarten, eine KiTa, einen Sonderkindergarten, eine Vorschule o.Ä.?**

Nein ☐

Ja, ☐ Kindergarten / Schulkindergarten ☐ Integrationsmaßnahme
☐ Heilpädagogischer Kindergarten ☐ Sprachheilkindergarten

Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt (eigene und weitere Kinder)?

Bitte schreiben Sie in die Kästchen die Geburtsjahre der Kinder in zeitlicher Reihenfolge und kreuzen Sie im Kästchen darunter das jeweilige Geschlecht an.

Geb. Jahr						
Junge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mädchen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Divers	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2 **Gab es oder gibt es bei den Eltern oder Geschwistern Ihres Kindes schwerwiegende chronische Erkrankungen oder Behinderungen?**

Nein ☐

Falls ja, welche:

Bei den folgenden Angaben hilft Ihnen das Vorsorgeheft oder der Mutterpass:

3 **In welchem Land wurde Ihr Kind geboren?**

.....

In der wievielten Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?

..... Schwangerschaftswoche Geburtsgewichtg

Größecm

Traten während der Geburt Komplikationen auf?

Nein ☐

Falls ja, welche:

Es folgen einige Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes:

4 **Konnte Ihr Kind bis zum 18. Monat frei laufen?**

Ja ☐

Nein ☐

Weiß nicht ☐

5 **Zeigte Ihr Kind mit 5 Jahren Sprachauffälligkeiten?**

Nein ☐

Ja ☐

Weiß nicht ☐

6 **Hat Ihr Kind an frühen Fördermaßnahmen teilgenommen?**

(z.B. Krankengymnastik, Sprachtherapie, Ergotherapie, heilpädagogische Frühförderung oder Ähnliche)

Nein ☐

Falls ja, an welchen:

7 **Welche Erkrankungen hat Ihr Kind oder hatte Ihr Kind bisher?**

Masern ☐ Mumps ☐ Keuchhusten ☐ Windpocken ☐

Corona ☐ Ohrenerkrankungen ☐ Harnwegserkrankungen ☐

Unfälle, Verbrennungen (mit ärztlicher Behandlung) ☐

keine dieser Krankheiten ☐

8 **Wurde Ihr Kind ambulant und/ oder stationär im Krankenhaus behandelt oder wurden ambulante OPs (z.B. Zahn-OPs) durchgeführt?**

Nein ☐ Ja ☐

Falls ja, in welchem Jahr und aus welchem Grund:

Jahr: Grund:

Jahr: Grund:

Jahr: Grund:

Bitte wenden!

9.1 *Hatte Ihr Kind irgendwann einmal einen juckenden Hautausschlag, der stärker oder schwächer über mindestens 6 Monate auftrat?*

Nein ☐ Ja ☐

9.2 *Trat dieser juckende Hautausschlag bei Ihrem Kind irgendwann einmal an einer der folgenden Körperstellen auf: In der Ellenbeuge oder der Kniekehle, an den Hand- oder Fußgelenken, im Gesicht, am Hals?*

Nein ☐ Ja ☐

9.3 *Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten jemals beim Atmen pfeifende oder keuchende Geräusche im Brustkorb?*

Nein ☐ Ja ☐

9.4 *Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten jemals pfeifende oder keuchende Atemgeräusche im Brustkorb während oder nach körperlicher Anstrengung?*

Nein ☐ Ja ☐

9.5 *Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten nachts einen trockenen Reizhusten, obwohl es keine Erkältung oder Bronchitis hatte?*

Nein ☐ Ja ☐

9.6 *Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten Niesanflle oder eine laufende, verstopfte oder juckende Nase, obwohl es nicht erkltet war?*

Nein ☐ Ja ☐

9.7 *Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten gleichzeitig mit diesen Nasenbeschwerden auch juckende oder trnende Augen?*

Nein ☐ Ja ☐

10 Wer erzieht das Kind?

Beide Eltern (zusammen wohnend)	☐	Elternteil mit Partner*in	☐
Beide Eltern (getrennt lebend)	☐	Pflegeeltern	☐
Alleinerziehende*r	☐	Großeltern oder andere	☐

Angaben zur Mutter /Elternteil 1 Geburtsjahr Geburtsland Staatsangehörigkeit	Angaben zum Vater /Elternteil 2 Geburtsjahr Geburtsland Staatsangehörigkeit
Höchster erreichter Schulabschluss Hauptschulabschluss☐ Mittlere Reife, Realschulabschluss☐ Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)☐ Abitur☐ Anderer Schulabschluss☐ (Noch) kein Schulabschluss☐	Höchster erreichter Schulabschluss Hauptschulabschluss☐ Mittlere Reife, Realschulabschluss☐ Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)☐ Abitur☐ Anderer Schulabschluss☐ (Noch) kein Schulabschluss☐
Höchste abgeschlossene Berufsqualifikation Lehre / Ausbildung.....☐ Schule des Gesundheitswesens☐ Fach-, Techniker- oder Meisterschule.....☐ Akademischer Abschluss (z.B. Bachelor / Master / Diplom / Staatsexamen / Promotion)☐ Sonstiger Berufsabschluss☐ In Ausbildung / Lehre / Studium☐ Kein Berufsabschluss☐	Höchste abgeschlossene Berufsqualifikation Lehre / Ausbildung.....☐ Schule des Gesundheitswesens☐ Fach-, Techniker- oder Meisterschule.....☐ Akademischer Abschluss (z.B. Bachelor / Master / Diplom / Staatsexamen / Promotion)☐ Sonstiger Berufsabschluss☐ In Ausbildung / Lehre / Studium☐ Kein Berufsabschluss☐
Berufstätigkeit Nicht oder geringfügig (0-14 Std)☐ Ja, ganztags (30 Std. und mehr)☐ Ja, Teilzeit (15 -29 Std.)☐	Berufstätigkeit Nicht oder geringfügig (0-14 Std)☐ Ja, ganztags (30 Std. und mehr)☐ Ja, Teilzeit (15 -29 Std.)☐
Schichtdienst Nein ☐ Ja☐	Schichtdienst Nein ☐ Ja☐