

Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen ☒

Familiename des Kindes		Vorname		geboren am	Staatsangehörigkeit	Anzahl weiterer Geschwister
Muttersprache (Mutter)	Muttersprache (Vater)	Anzahl Erwachsene im Haushalt		Kindergartenbesuch ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Jahre		
Name und Anschrift der/des Erziehungsberechtigten .....Name.....Vorname.....Ort..... .....Straße.....Telefon-Nr.....						
<b>Schwangerschaft und Geburtsverlauf</b> <input type="checkbox"/> Geburtsgewicht unter 2.500 g <input type="checkbox"/> Frühgeburt (unter 37 Schwangerschaftswochen)						
<b>Entwicklung</b> Wurden bei Ihrem Kind <u>jemals</u> Entwicklungsverzögerungen festgestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Freies Laufen bis 18 Monate <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erste Worte (wie Mama, Papa, Auto)    bis 18 Monate <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sprachauffälligkeiten in der Entwicklung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kind wächst mehrsprachig auf <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
<b>Liegt oder lag bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen oder gesundheitl. Einschränkungen vor?</b> Windpocken <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sehstörungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein    Schielbehandlung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein    Brillenträger <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Schwere Hörstörung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen: <input type="checkbox"/> angeborene, schwere Hörstörung <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> erworbene, bleibende Hörstörung <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> mit Hörgerät versorgt seit                      links .....Monat/Jahr                      rechts .....Monat/Jahr <input type="checkbox"/> mit Cochlea-Implantat versorgt seit                      links .....Monat/Jahr                      rechts .....Monat/Jahr Seltene angeborene Stoffwechsel-/Hormonstörungen: <input type="checkbox"/> PKU <input type="checkbox"/> MCAD-Mangel <input type="checkbox"/> Hypothyreose <input type="checkbox"/> AGS <input type="checkbox"/> Mukoviszidose <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 1) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 2) Sonstige chronische Erkrankungen: ..... Schwere Behinderung: ..... Regelmäßig einzunehmende Medikamente: .....						
<b>Erhielt oder erhält Ihr Kind im Jahr vor der Einschulung Fördermaßnahmen oder Behandlungen?</b> Sprachförderung (in der Gruppe, z.B. im Kindergarten) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sprachtherapie (Einzeltherapie, z.B. bei Logopäde/in) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein    Psychologische Behandlung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Frühförderung/Heilpädagogik/Ergotherapie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ambulante ärztliche Behandlung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Stationäre Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wegen .....						
Kinderarzt/Hausarzt: .....						

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten