

Vorbereitungsbogen für die Eltern auf die Untersuchung

1 Besucht Ihr Kind einen Kindergarten, eine KiTa oder einen Sonderkindergarten o.ä.?

- Nein
- Ja, Kindergarten / Schulkindergarten
 Heilpädagogischer Kindergarten
 Integrationsmaßnahme
 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Junge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mädchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Gab es oder gibt es bei den leiblichen 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 Geburtsgewicht g

Größe cm

Art der Geburt

Spontangeburt Geburt mit Saugglocke oder Zange

Kaiserschnitt Mehrlingsgeburt

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 hatte Ihr Kind bisher?

Masern Mumps Keuchhusten

Windpocken Ohrenerkrankungen Harnwegserkrankungen

Unfälle, Verbrennungen keine dieser Krankheiten
 (mit ärztlicher Behandlung) Sonstige:

8 Wurde Ihr Kind stationär im Krankenhaus behandelt oder wurden ambulant Operationen durchgeführt?

Nein Ja

Falls ja, in welchem Jahr und aus welchem Grund:

Jahr: Grund:

Jahr: Grund:

Jahr: Grund:

Jahr: Grund:

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 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 Niesanfalle oder eine laufende, verstopfte oder juckende Nase, obwohl es nicht erkältet war?*

Nein Ja

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

Nein Ja

10 *Wer erzieht das Kind?*

Beide Eltern (zusammen wohnend) Elternteil mit Partner

Beide Eltern (getrennt wohnend) Pflegeeltern

Alleinerziehende/r Großeltern oder andere

Zum Schluss erbitten wir noch einige Angaben zu Ihnen bzw. Ihrem Ehe- oder Lebenspartner
Beachten Sie dazu die Angaben zur Speicherung und Anonymität:

Angaben zur Mutter / Partnerin	Angaben zum Vater / Partner
Geburtsjahr	Geburtsjahr
Geburtsland	Geburtsland
Staatsangehörigkeit	Staatsangehörigkeit
Höchster erreichter Schulabschluss	Höchster erreichter Schulabschluss
Hauptschulabschluss _____ <input type="checkbox"/>	Hauptschulabschluss _____ <input type="checkbox"/>
Mittlere Reife, Realschulabschluss _____ <input type="checkbox"/>	Mittlere Reife, Realschulabschluss _____ <input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule) _____ <input type="checkbox"/>	Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule) _____ <input type="checkbox"/>
Abitur (allg. Hochschulreife) _____ <input type="checkbox"/>	Abitur (allg. Hochschulreife) _____ <input type="checkbox"/>
Anderer Schulabschluss _____ <input type="checkbox"/>	Anderer Schulabschluss _____ <input type="checkbox"/>
(Noch) kein Schulabschluss _____ <input type="checkbox"/>	(Noch) kein Schulabschluss _____ <input type="checkbox"/>
Letzte abgeschlossene Berufsausbildung oder Studium	Letzte abgeschlossene Berufsausbildung oder Studium
Gewerbl.-techn. oder landwirtschaftliche Ausbildung _____ <input type="checkbox"/>	Gewerbl.- techn. oder landwirtschaftliche Ausbildung _____ <input type="checkbox"/>
Kaufmännische oder sonstige Ausbildung _____ <input type="checkbox"/>	Kaufmännische oder sonstige Ausbildung _____ <input type="checkbox"/>
Berufsfachschule, Handelsschule _____ <input type="checkbox"/>	Berufsfachschule, Handelsschule _____ <input type="checkbox"/>
Schule des Gesundheitswesens _____ <input type="checkbox"/>	Schule des Gesundheitswesens _____ <input type="checkbox"/>
Fachschule (z.B. Meister- oder Technikerschule) _____ <input type="checkbox"/>	Fachschule (z.B. Meister- oder Technikerschule) _____ <input type="checkbox"/>
Beamtenausbildung _____ <input type="checkbox"/>	Beamtenausbildung _____ <input type="checkbox"/>
Fachhochschule, Ingenieurschule _____ <input type="checkbox"/>	Fachhochschule, Ingenieurschule _____ <input type="checkbox"/>
Universität, Hochschule _____ <input type="checkbox"/>	Universität, Hochschule _____ <input type="checkbox"/>
Sonstiger Berufsabschluss _____ <input type="checkbox"/>	Sonstiger Berufsabschluss _____ <input type="checkbox"/>
(Noch) kein Berufsabschluss _____ <input type="checkbox"/>	(Noch) kein Berufsabschluss _____ <input type="checkbox"/>
Berufstätigkeit	Berufstätigkeit
Nicht oder geringfügig (0 -14 Std) _____ <input type="checkbox"/>	Nicht oder geringfügig (0-14 Std) _____ <input type="checkbox"/>
Ja, ganztags (30 Std und mehr) _____ <input type="checkbox"/>	Ja, ganztags (30 Std und mehr) _____ <input type="checkbox"/>
Ja, Teilzeit (15 – 29 Std) _____ <input type="checkbox"/>	Ja, Teilzeit (15 – 29 Std) _____ <input type="checkbox"/>
Schichtdienst	Schichtdienst
Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>