

## Elternfragebogen zur schulärztlichen Untersuchung

Familienname des Kindes: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Kindergarten: \_\_\_\_\_ Gruppe: \_\_\_\_\_

### 1. Bei wem lebt Ihr Kind hauptsächlich? (Bitte nur ein Kreuz machen)

- Bei den Eltern
- Bei einem Elternteil( Mutter oder Vater )
- Bei der Mutter und ihrem neuen Partner  
oder beim Vater und seiner neuen Partnerin
- Bei anderen Verwandten
- Bei Pflegeeltern
- In einem Heim

### 2. Mit wie vielen Geschwistern lebt ihr Kind zusammen?

(Gemeint sind auch Halbgeschwister und angeheiratete Geschwister)

Mein Kind lebt mit keinen Geschwistern zusammen, es ist ein Einzelkind

Bitte geben Sie die Geburtsjahre der Geschwister an:

--	--	--	--	--

### 3. Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?

(Bitte für beide Elternteile angeben!)

Mutter.....seit meiner Geburt  seit (Jahreszahl).....

Vater.....seit meiner Geburt  seit (Jahreszahl).....

### 4. Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen?

Deutsch  Andere Sprachen

Welche anderen Sprachen?.....

### 5. Welche Sprache wurde bevorzugt mit Ihrem Kind während der ersten 3 Lebensjahre gesprochen?

Deutsch  Andere Sprachen

Welche anderen Sprachen?.....

### 6. War die Geburt Ihres Kindes

eine normale Geburt  eine Frühgeburt  eine Mehrlingsgeburt

### Wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt?

Ca.....Gramm

### Kam es bei der Geburt zu Komplikationen?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?.....

### 7. Hat oder hatte Ihr Kind jemals folgende Krankheiten?

Asthma  Ja  Nein

Hatte ihr Kind in den letzten 12 Monaten beim Atmen  
pfeifende oder keuchende Geräusche?  Ja  Nein

Mittelohrentzündung (mindestens 2)  Ja  Nein

Herzleiden  Ja  Nein

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)  Ja  Nein

Anfallsleiden/Epilepsie  Ja  Nein

Hämophilie/andere Blutungskrankheiten  Ja  Nein

Rheumatische Erkrankungen  Ja  Nein

Windpocken  Ja  Nein

Operationen  Ja  Nein

Wenn ja, welche?.....

### 8. Hatte Ihr Kind jemals weitere Krankheiten, die bisher nicht genannt wurden?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?.....

**9. Wurde ihr Kind schon von einem Augenarzt untersucht oder behandelt?**

Ja  Nein

Wenn ja, wann (ungefähre Zeitangabe).....

Trägt ihr Kind eine Brille (Sehhilfe)? Ja  Nein

In welchem Alter hat ihr Kind die Sehhilfe bekommen? Mit..... Jahren

**10. Wurde ihr Kind schon von einem Hals- Nasen- Ohrenarzt untersucht oder behandelt?**

Ja  Nein

Wurden Paukenröhrchen eingesetzt? Ja  Nein

Wurden die Polypen entfernt? Ja  Nein

Wurden die Mandeln entfernt? Ja  Nein

**11. Einige Fragen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes:**

Benötigt oder nimmt Ihr Kind vom Arzt verschriebene Medikamente (außer Vitamine)? Ja  Nein

Wenn ja, welche?.....

Müssen Medikamente während der Zeit im Kindergarten verabreicht werden? Ja  Nein

Wenn ja, welche?.....

Braucht oder bekommt Ihr Kind eine der folgenden Therapien?

	Nein	Ja	Beginn im Alter von 2 3 4 Jahren	Kind steht auf der Warteliste	Dauer in Jahren >1 2 3	Maßnahme ist abgeschlossen
Sprachförderung im Kindergarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....						

Hat Ihr Kind emotionale Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme, für die es Behandlung bzw. Beratung benötigt oder bekommt?

Ja  Nein

**12. Machen Sie sich Sorgen.....**

**...dass Ihr Kind eine Lese-/Rechtschreibschwäche(Legasthenie) entwickeln könnte, z. B weil andere Familienmitglieder davon betroffen sind oder waren?**

Ja  Nein

**...um die Entwicklung Ihres Kindes, weil es zurzeit gesundheitliche oder andere Probleme in Ihrer Familie gibt?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche?.....

**...um das Verhalten ihres Kindes, weil es z. B. besonders schüchtern oder wild ist, oder um seine Stimmungen, weil es z.B. traurig ist?**

Ja  Nein

**Wenn ja, dann bitte das Extrablatt „Fragen zu Stärken und Schwächen“ ausfüllen.**

**13. Wie lange besucht Ihr Kind bis jetzt den Kindergarten?**

Nie bis 1 Jahr bis zu 2 Jahren bis zu 3 Jahren 3 Jahre und länger

**14. Wie lange sieht Ihr Kind durchschnittlich pro Tag Fernsehsendungen, Videofilme, DVD bzw. wie viel Zeit verbringt es am Computer?**

An einem Wochentag.....Stunden Am Wochenende.....Stunden

Steht ein Fernsehgerät/Computer im Kinderzimmer? Ja  Nein