



Fragebogen für sorgeberechtigte Personen (Schritt 1)

**Sehr geehrte Eltern,
sehr geehrte Sorgeberechtigte,**

die Untersuchung des Gesundheits- und Entwicklungsstandes Ihres Kindes in Vorbereitung auf die Einschulung ist besonders wichtig, um frühzeitig Förderung und notwendige Behandlungen anzuregen. Erleichtert wird die Einschulungsuntersuchung, wenn frühere Erkrankungen und die Entwicklung des Kindes bekannt sind. Deshalb bitten wir Sie, mit diesem Fragebogen Fragen zur familiären und gesundheitlichen Situation Ihres Kindes zu beantworten.

Die Beantwortung aller Fragen ist **freiwillig**. Sie können den Fragebogen vollständig, teilweise oder gar nicht ausfüllen. Mit Ihren Angaben können wir Untersuchung und Beratung auf Ihr Kind abstimmen. Abgesehen hiervon entsteht Ihrem Kind und Ihnen jedoch kein Nachteil, wenn Sie den Bogen nicht oder nicht vollständig ausfüllen.

Der Fragebogen wird nach der Einschulungsuntersuchung mit den anderen Unterlagen Ihres Kindes zur schulärztlichen Untersuchung im Gesundheitsamt verschlossen aufbewahrt und spätestens vier Jahre nach der termingerechten Einschulung beim Gesundheitsamt vernichtet. Eine Weiterleitung des Fragebogens an die Schule oder eine andere Stelle erfolgt unter keinen Umständen.

Wenn Sie den Fragebogen ausgefüllt an uns zurückgeben, willigen Sie ein, dass wir den Fragebogen für die Untersuchung Ihres Kindes nutzen. Einige Daten dienen darüber hinaus der Gesundheitsberichterstattung und werden zur anonymen statistischen Auswertung dem Landesgesundheitsamt zur Verfügung gestellt. Sie können der Einwilligung jederzeit widersprechen. Die Sozialangaben (letzte Seite des Fragebogens) werden unmittelbar nach der Erfassung vernichtet.

Das Team des

Kinder-Jugend- und Zahngesundheitsdienstes

Name, Vorname und Geburtsdatum des Kindes

Straße, Hausnummer, Ort

Telefon-Nummer und Mailadresse der Eltern/Sorgeberechtigten (für Rückfragen)

Kindertageseinrichtung/Gruppe

1. Wie lange besucht Ihr Kind bis jetzt eine Kindertageseinrichtung?

- nie bis zu 1 Jahr 1 bis 2 Jahre 2 bis 3 Jahre 3 Jahre und länger
-

Wie viele Stunden ist Ihr Kind pro Woche in der Kindertageseinrichtung?

Stunden

2. Bei wem lebt Ihr Kind hauptsächlich? (Hier bitte nur ein Kreuz machen!)

- Bei den Eltern
- Bei einem Elternteil (Mutter oder Vater)
- Andere (bitte ergänzen) _____

3. Mit wie vielen Geschwistern/Halbgeschwistern lebt Ihr Kind zusammen?

Anzahl:

Bitte geben Sie das Geburtsjahr der Geschwister/Halbgeschwister an:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

4. Welche Sprache(n) wurde(n) mit Ihrem Kind während der ersten drei Lebensjahre gesprochen (Familiensprache)?

- Deutsch Andere Sprachen Deutsch und eine andere Sprache

Welche anderen Sprachen? _____

Machen Sie sich Sorgen um die Sprachentwicklung Ihres Kindes in der Familiensprache?

- Ja Nein Wenn ja, welche Sorgen machen Sie sich?

5. In welchem Land wurde Ihr Kind geboren?

- In Deutschland In einem anderen Land

In welchem? _____

6. Einige Fragen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes

6.1 Hat oder hatte Ihr Kind jemals folgende Krankheiten?

- Hörstörungen Ja Nein
 Wenn ja, ist das Kind deswegen aktuell in Behandlung? Ja Nein
- Sehstörungen Ja Nein
 Wenn ja, ist das Kind deswegen aktuell in Behandlung? Ja Nein
- Hat Ihr Kind eine Brille (Sehhilfe)? Ja Nein
 Wenn ja, in welchem Alter hat Ihr Kind die Sehhilfe bekommen?
 Mit Jahren
- Andere chronische Erkrankung (beispielsweise Asthma, Rheuma, Zuckerkrankheit, Herzleiden, Anfallsleiden) Ja Nein
 Wenn ja, welche: _____
- Hat Ihr Kind eine Behinderung Ja Nein
 Wenn ja, welcher Art? _____
- Ist Ihr Kind jemals operiert worden Ja Nein
 Wenn ja, warum? _____
- War Ihr Kind schon mal im Krankenhaus Ja Nein
 Wenn ja, warum? _____

6.2 Benötigt oder nimmt Ihr Kind vom Arzt/von der Ärztin verschriebene Medikamente? (außer Vitamine)

- Ja Nein
 Wenn ja, welche? _____
- Müssen Medikamente während der Zeit in der Kindertages-Einrichtung/in der Schule verabreicht werden? Ja Nein
 Wenn ja, welche? _____

6.3 Bekommt oder wartet Ihr Kind auf eine spezielle Förderung oder Therapie?

Ja Nein

Wenn ja, bitte ankreuzen:		Kind steht auf der Warteliste	Therapie begonnen (Monat/Jahr)	Falls Therapie beendet, wann? (Monat/Jahr)
<input type="radio"/>	Sprachförderung in der Kindertageseinrichtung	<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	Logopädie	<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	Ergotherapie	<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	Psychotherapie/psychiatrische Therapie	<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	Andere Beratungs-, Förder- oder Heilmaßnahmen*	<input type="radio"/>		

*z.B. Frühförderung, Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), Erziehungsberatungsstellen, Heilpädagogik, Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungsstelle.

Wenn ja, welche?

7. Wie lange sieht Ihr Kind durchschnittlich pro Tag Fernsehsendungen und Filme an und/oder spielt mit dem Smartphone/Tablet/ Computer/an der Spielkonsole?

(Bitte kreuzen Sie an, was am ehesten zutrifft.)

	Gar nicht	Bis zu 30 Minuten	1/2 bis 1 Stunde	1 bis 2 Stunden	2 bis 4 Stunden	Mehr als 4 Stunden
An einem Wochentag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An einem Samstag/Sonntag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Steht ein Fernsehgerät/ein PC/eine Spielkonsole im Kinderzimmer? Ja Nein

8. Machen Sie sich Sorgen um die Entwicklung oder das Verhalten Ihres Kindes

(beispielsweise wegen einer in der Familie vorkommenden Lese-Rechtschreibschwäche, psychischen Belastung, anderen Problemen in der Familie oder Belastungen durch die Corona-Pandemie)?

Ja

Nein

Wenn ja, welche Sorgen machen Sie sich?

Wenn Sie dazu eine Beratung wünschen, dann nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf.

9. Was sind Stärken und Begabungen Ihres Kindes?

