

Elternfragebogen (Schritt 1)

Name des Sorgeberechtigten:

Adresse:

Telefonnummer: _____

Fragebogen für sorgeberechtigte Personen (Schritt 1)

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

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. Nur 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 zurück geben, willigen Sie ein, dass wir den Fragebogen für die Untersuchung Ihres Kindes nutzen. Sie können den Fragebogen jederzeit zurück erhalten. Ihre Angaben aus dem Fragebogen werden danach nicht mehr verwendet.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Kinder- und Jugendärztliches Team

5.2 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 Kindertageseinrichtung,
in der Schule verabreicht werden? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

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

Ja Nein

	Nein	Ja	Beginn im Alter			Kind steht auf Warteliste	Dauer in Jahren			Maßnahme ist abge- schlossen
			von 2	3	4 Jahren		<1	2	3	
Sprachförderung in der Kindertages- einrichtung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Logopädie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ergotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Psychotherapie/ psychiatrische Therapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Andere Förder- oder Heil- maßnahmen*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

*Welche? _____

Beratung über eine Erziehungsberatungsstelle ist geplant findet statt ist abgeschlossen

5.4 Wurde Ihr Kind in den letzten zwölf Monaten von einem Augenarzt/einer Augenärztin untersucht oder behandelt?

Ja Nein

Hat Ihr Kind eine Brille (Sehhilfe)?

Ja Nein

--	--

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

6. Wie lange sieht Ihr Kind durchschnittlich pro Tag Fernsehsendungen und Filme an beziehungsweise wie viel Zeit verbringt es am Computer/an der Spielkonsole? (Bitte kreuzen Sie an, was am ehesten zutrifft.)

	Gar nicht	etwa 30 Minuten/Tag	etwa 1 bis 2 Stunden/Tag	etwa 3 bis 4 Stunden/Tag	5 oder mehr Stunden/Tag
An einem Wochentag	<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"/>

Steht ein Fernsehgerät, ein PC oder eine Spielkonsole im Kinderzimmer? Ja Nein

7. Machen Sie sich Sorgen um die Entwicklung oder das Verhalten Ihres Kindes (beispielsweis wegen Lese-Rechtschreibschwäche, psychischer Belastung oder anderen Problemen in der Familie)?

Ja Nein

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

8. Was sind Stärken und Begabungen Ihres Kindes?

Datum: _____

Die folgenden Angaben sind, wie der übrige Fragebogen auch, freiwillig. Sie werden zur anonymen statistischen Auswertung ausschließlich dem Landesgesundheitsamt zur Verfügung gestellt.

9. Die erwachsenen Bezugspersonen des Kindes

Vater

Mutter

sind geboren im Jahr:

--	--	--	--

--	--	--	--

haben die deutsche Staatsangehörigkeit:

ja.....

nein

sind in Deutschland geboren:

ja.....

nein

leben hauptsächlich in Deutschland seit:

--	--	--	--

--	--	--	--

haben diesen Schulabschluss:

Förderschule

Hauptschule.....

Mittlere Reife

Abitur, FH-Reife.....

einen anderen.....

keinen.....

erwarben den Schulabschluss in Deutschland.....

sind erwerbstätig in Vollzeit

in Teilzeit

in Schichtdienst/Nachtarbeit.....

falls nicht erwerbstätig: Hausfrau/Hausmann

arbeitsuchend.....

Ausbildung/Studium