

Elternfragebogen (Schritt 1)

Name des Sorgeberechtigten: Mutter: _____

Vater: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mailadresse: _____

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.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Kinder- und Jugendärztliches Team

Familienname des Kindes: _____ Vorname: _____

Geb.Datum: _____ **WICHTIG! Private Tel.-Nr.** _____

Kindergarten: Kiga KomBiLe Ostrach

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:

4. Welche Sprachen wurden 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/

Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ)?

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 Förder- oder Heilmaßnahmen*	<input type="radio"/>		

z.B. Frühförderung, Heilpädagogik, Beratung/Behandlung über ein Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), Erziehungsberatungsstelle, Sonderpädagogische 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	30 Min. 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"/>

Besitzt Ihr Kind ein eigenes Fernsehgerät/Smartphone/Tablet/Computer/Spielkonsole?

Ja Nein

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

(beispielsweis wegen einer in der Familie vorhommenden Lese-Rechtschreibschwäche, psychischer Belastung oder 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?

Die folgenden Angaben sind, wie der übrige Fragebogen auch, **freiwillig**.
 Diese werden **nicht zur Bewertung** Ihres Kindes verwendet.
 Die Angaben werden zur anonymen statistischen Auswertung dem Landesgesundheitsamt zur Verfügung gestellt und unmittelbar nach der Erfassung vernichtet.

Die Eltern des Kindes

	Elternteil 1	Elternteil 2
Geschlecht (weiblich, männlich, divers):	w○ m○ d○	w○ m○ d○
sind geboren im Jahr:		
haben folgende Staatsangehörigkeit :		
deutsch	○	○
andere Staatsangehörigkeit	○	○
Wenn ja, welche?	_____	_____
	—	—
sind in folgendem Land geboren :		
Deutschland	○	○
in einem anderen Land	○	○
Wenn ja, in welchem?	_____	_____
	—	—
leben hauptsächlich in Deutschland seit (Jahreszahl):		
Angaben zum Schulabschluss :		
weniger als 10. Klasse	○	○
10. Klasse	○	○
Abitur, FH-Reife	○	○
Keine Angabe	○	○
Angaben zur Berufstätigkeit :		
in Vollzeit erwerbstätig*	○	○
in Teilzeit erwerbstätig*	○	○
nicht erwerbstätig	○	○
Sonstiges (z. B. Elternzeit)	○	○
Keine Angabe	○	○

* zur Erwerbstätigkeit zählen auch beispielsweise Ausbildung, Studium