

## Elternfragebogen (Schritt 1)

Name des Sorgeberechtigten: Mutter:

Vater:

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 zurückgeben, 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**

Familienname des Kindes:

Vorname:

Geb.Datum:

WICHTIG! Private Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Kindergarten: Kiga "Arche Noah" Stetten a.k.M.

**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"/>	<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 Sprachen wurden mit Ihrem Kind während der ersten drei Lebensjahre gesprochen?**

- Deutsch       Andere Sprachen       Deutsch und eine andere Sprache
- Welche anderen Sprachen? \_\_\_\_\_

**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)

- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Ja  Nein
- 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"/>		

\* Welche? \_\_\_\_\_

Eine Beratung über ...

eine Erziehungsberatungsstelle:      geplant     findet statt     abgeschlossen

ein Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ):    geplant     findet statt     abgeschlossen

**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/Tag	30 Min. bis 2 Stunden/Tag	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/eine Spielkonsole im Kinderzimmer?    Ja     Nein

**8. 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.

**9. 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.

## Die Eltern des Kindes

	Mutter	Vater								
sind geboren im Jahr:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> </tr> </table>					<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> </tr> </table>				

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):	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> </tr> </table>					<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> </tr> </table>				

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