

Angaben für die Schulärztin / den Schularzt

	Kind		Mutter	Vater
Name		Name		
Vorname		Vorname		
Geburtsdatum		Geburtsdatum		
Geburtsort		PLZ, Wohnort		
Name des Kindergartens:		Straße		
Besuch seit:		Telefon:		
Gebuchte Stunden:	<input type="checkbox"/> 25 Std. <input type="checkbox"/> 35 Std. <input type="checkbox"/> 45 Std.			

Geschwister des Kindes mit Geburtsjahr u. Geschlecht:

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

Bei wem lebt Ihr Kind hauptsächlich:

- Eltern Mutter Vater Mutter & Partner/Partnerin Vater & Partnerin/Partner
 Großeltern Pflege-/Adoptiveltern Heim

Bitte die Angaben für die Person, bei dem das Kind hauptsächlich lebt:

Mutter (mit dem Kind lebende Person)			Vater (mit dem Kind lebende Person)		
Schulbildung:	Berufsausbildung:	Zurzeit:	Schulbildung:	Berufsausbildung:	Zurzeit:
<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Lehre	<input type="checkbox"/> nicht berufstätig	<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Lehre	<input type="checkbox"/> nicht berufstätig
<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Berufsschule	<input type="checkbox"/> Arbeitslos	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Berufsschule	<input type="checkbox"/> Arbeitslos
<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife Fachabitur	<input type="checkbox"/> Fachschule (Meister-, Techniker- schule)	<input type="checkbox"/> vorübergehende Freistellung (z.B. Elternzeit)	<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife Fachabitur	<input type="checkbox"/> Fachschule (Meister-, Techniker- schule)	<input type="checkbox"/> vorübergehende Freistellung (z.B. Elternzeit)
<input type="checkbox"/> Abitur	<input type="checkbox"/> Fachhochschule		<input type="checkbox"/> Abitur	<input type="checkbox"/> Fachhochschule	
<input type="checkbox"/> anderer Abschluss	<input type="checkbox"/> Universität		<input type="checkbox"/> anderer Abschluss	<input type="checkbox"/> Universität	
<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/> anderer Ausbildungsabschluss	<input type="checkbox"/> Teilzeit berufstätig	<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/> anderer Ausbildungsabschluss	<input type="checkbox"/> Teilzeit berufstätig
<input type="checkbox"/> noch keinen Schul- abschluss	<input type="checkbox"/> kein beruflicher Abschluss und nicht in Ausbildung	<input type="checkbox"/> Voll berufstätig	<input type="checkbox"/> noch keinen Schul- abschluss	<input type="checkbox"/> kein beruflicher Abschluss und nicht in Ausbildung	<input type="checkbox"/> Voll berufstätig
<input type="checkbox"/> keine Angabe			<input type="checkbox"/> keine Angabe		
	<input type="checkbox"/> noch in Berufsausbildung oder Studentin			<input type="checkbox"/> noch in Berufsausbildung oder Student	

Erkrankungen in der Familie:

- Asthma Diabetes Körperfehler Geisteskrankheiten Anfallsleiden Zöliakie Allergie
 Schilddrüsen-Erkrankungen Nahrungsmittelunverträglichkeit

Geburt und frühkindliche Entwicklung:

Geburt in der Schwangerschaftswoche Geburtsgewicht:

Komplikationen während der Geburt: Ja Nein Welche?

Haben Sie Ihr Kind gestillt bzw. abgepumpt? Ja Nein Wie lange? Wochen/Monate

Krabbeln Ja Nein

Freies Laufen mit Lebensmonaten

Windelfrei mit Lebensmonaten Nein

Die ersten 2-Wort-Sätze mit Lebensmonaten (z.B. „Mama Ball“, „Papa Auto“...)

Sprachauffälligkeiten? Ja Nein Welche?

Bisherige Krankheiten des Kindes:

Brille Ja Nein Seit wann?

Masern Windpocken Scharlach Rheuma Diabetes Typ I Minderwuchs

Verbrühung/Verbrennung Wann?

Zöliakie Mittelohrentzündung

Polypenoperation/Paukenröhrchen Ja Nein Wann?

Asthma Ja Nein Medikamente:

Allergien Ja Nein Welche?

Sonstige Erkrankungen

Operationen/Unfälle/Klinikaufenthalte

sonstige Medikamente

Therapien/Fördermaßnahmen:

	Anzahl Rezepte	Zeitraum von/bis		Zeitraum von/bis
Sprachtherapie			Frühförderung	
Ergotherapie			Förderkindergarten	
Physiotherapie			Integrationsplatz	
Sonstige Maßnahmen				

Wie oft nutzt Ihr Kind in der Freizeit Fernsehen, PC, Internet, Playstation, Spiele-Computer und mobile Geräte pro Tag?
(durchschnittliche Werte)

werktags:

Gar nicht 0 - 30 Min. 30 Min.–1 Std. 1 Std. – 2 Std. 2 Std. – 3 Std. über 3 Std.

Wochenende:

Gar nicht 0 - 30 Min. 30 Min.–1 Std. 1 Std. – 2 Std. 2 Std. – 3 Std. über 3 Std.

Ist Ihr Kind in einem Sportverein aktiv, z.B. Turnen, Fußball, Sportgruppe, Schwimmverein, Ballett...? pro Woche

nein

ja 0 - 30 Min. 30 Min.–1 Std. 1 Std. – 2 Std. 2 Std. – 3 Std. über 3 Std.

Wie lange spielt Ihr Kind täglich im Freien außerhalb des Kindergartens oder eines Sportvereins?
(durchschnittliche Werte)

Gar nicht 0 - 30 Min. 30 Min.–1 Std. 1 Std. – 2 Std. 2 Std. – 3 Std. über 3 Std.

Wie oft lesen Sie Ihrem Kind ein (Bilder-)buch vor?

täglich wöchentlich selten nie

Besucht Ihr Kind eine Musikschule, die musikalische Früherziehung oder lernt Ihr Kind ein Instrument?

ja nein