

Elternfragebogen zur schulärztlichen Untersuchung

Name, Vorname und Geburtsdatum des Kindes _____

Kindertageseinrichtung/Gruppe _____

Straße/Hausnummer _____

Ort _____

Telefon-Nummer (für Rückfragen) _____

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

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

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

- Bei den Eltern:
Bei einem Elternteil (Mutter oder Vater)
Anderer (bitte ergänzen):

3. Mit wie vielen Geschwistern lebt Ihr Kind?

(Gemeint sind in diesem Fall auch Halbgeschwister und angeheiratete Geschwister)
Bitte geben Sie das Alter der Geschwister an (in Jahren): *

Mein Kind lebt mit keinem Geschwister zusammen, es lebt als Einzelkind

4. Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen?

- Deutsch Andere Sprachen

Welche anderen Sprachen: _____

5. Welche Sprachen wurden mit Ihrem Kind während der ersten drei Lebensjahre gesprochen?

- Deutsch Andere Sprachen

Welche anderen Sprachen: _____

6. Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland? (Bitte für beide Elternteile angeben!)

Mutter: seit meiner Geburt seit (Jahreszahl) _____
Vater: seit meiner Geburt seit (Jahreszahl) _____

11. Machen Sie sich Sorgen um die Entwicklung oder das Verhalten Ihres Kindes?
(beispielsweise 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.

13. Was sind Stärken und Begabungen Ihres Kindes?

14. 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
An einem Samstag/Sonntag

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

7. War die Geburt Ihres Kindes?

eine normale Geburt eine Frühgeburt eine Mehrlingsgeburt

Wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt?
Ca. _____ Gramm

Kam es bei der Geburt zu Komplikationen?
Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

8. Wurde Ihr Kind von einem Augenarzt/ einer Augenärztin untersucht oder behandelt?

Ja Wenn ja, wann (ungefähre Zeilangabe) _____ Nein

Hat Ihr Kind eine Brille (Sehhilfe)?
Ja Nein

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

9. Wurde Ihr Kind schon von einem Hals-Nasen-Ohrenärztin untersucht oder behandelt?

Ja Nein

Wurden Paukenröhrchen eingesetzt? Ja Nein

Wurden die Polypen entfernt? Ja Nein

Wurden die Mandeln entfernt? Ja Nein

10. Einige Fragen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes

a. *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 verabreicht werden?

Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

b. Hat oder hatte Ihr Kind jemals folgende Krankheiten?

Asthma Ja Nein

Hörstörungen Ja Nein

Anderere chronische Erkrankung (beispielsweise Rheuma, Zuckerkrankheit, Herzleiden, Anfallsleiden) Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Hatte Ihr Kind ansteckende Krankheiten Ja Nein

(z. B. Windpocken)?

Wenn ja, welche? _____

Ist Ihr Kind jemals operiert worden? Ja Nein

Wenn ja, warum? _____

Hatte Ihr Kind jemals weitere Erkrankungen, die bisher nicht genannt wurden?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

11. Bekommt oder wartet Ihr Kind auf eine spezielle Förderung oder Therapie?

	Nein	Ja	Beginn im Alter von 2 3 4 Jahren	Kind steht auf Warteliste	Dauer in Jahren <1 2 3	Maßnahme ist abgeschlossen
Sprachförderung in der Kindertageseinrichtung	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
Anderere Förder- oder Heilmaßnahmen*	<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"/>	<input type="radio"/>

*Welche? _____

Hat Ihr Kind emotionale Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme, für die es Behandlung bzw. Beratung benötigt oder bekommt?

Ja Nein