

Vorbereitungsbogen für die Eltern auf die Untersuchung

Dieser Bogen soll es Ihnen erleichtern, auf unsere Fragen während der Untersuchung zu antworten.

1. Besucht Ihr Kind einen Kindergarten, eine KiTa, einen Sonderkindergarten, eine Vorschule o. ä.

Nein

Ja, Kindergarten
 Heilpädagogischer Kindergarten
 Integrationsmaßnahme
 Sprachheilkindergarten

Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt (eigene und weitere Kinder)?
Bitte schreiben Sie in die Kästchen die Geburtsjahre der Kinder in zeitlicher Reihenfolge und kreuzen Sie im Kästchen darunter das jeweilige Geschlecht an.

Geb.-jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Junge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mädchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Gab es oder gibt es bei den Eltern oder Geschwistern Ihres Kindes schwerwiegende chronische Erkrankungen oder Behinderungen?

Nein Falls ja, welche:
.....

Bei den folgenden Angaben hilft Ihnen das Vorsorgeheft oder der Mutterpass:

3. In der wievielten Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?
..... Schwangerschaftswoche Geburtsgewicht g

Größe cm

Art der Geburt

Spontangeburt Geburt mit der Saugglocke oder Zangen
 Kaiserschnitt Mehrlingsgeburt

Traten während der Geburt Komplikationen auf?

Nein Falls ja, welche:
.....

Es folgen einige Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes:

4. Konnte Ihr Kind bis zum 18. Monat frei laufen?

Ja Nein Weiß nicht

5. Zeigte Ihr Kind mit 5 Jahren Sprachauffälligkeiten?

Ja Nein Weiß nicht

6. Hat Ihr Kind an frühen Fördermaßnahmen teilgenommen? (z.B. Krankengymnastik, Sprachtherapie, Ergotherapie, heilpädagogische Frühförderung oder ähnliche)

Nein Falls ja, an welchen

7. Welche Erkrankungen hat Ihr Kind oder hatte Ihr Kind bisher?

Masern Mumps Keuchhusten
 Windpocken Ohrenerkrankungen Harnwegserkrankungen
 Unfälle, Verbrennungen (mit ärztlicher Behandlung) keine dieser Krankheiten

8. Wurde Ihr Kind stationär im Krankenhaus behandelt oder wurden ambulante Operationen durchgeführt?

Nein Ja

Falls ja, in welchem Jahr und aus welchem Grund:

Jahr: Grund:

Jahr: Grund:

Jahr: Grund:

Jahr: Grund:

Stand 03/2017

Bitte wenden!

9.1 **Hatte Ihr Kind irgendwann einmal einen juckenden Hautausschlag, der stärker oder schwächer über mindestens 6 Monate auftrat?**
 Nein Ja

9.2 **Trat dieser juckende Hautausschlag, bei Ihrem Kind irgendwann einmal an einer der folgenden Körperstellen auf: In der Ellenbeuge oder Kniekehle, an den Hand- oder Fußgelenken, im Gesicht, am Hals?**
 Nein Ja

9.3 **Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten jemals beim Atmen pfeifende oder keuchende Geräusche im Brustkorb?**
 Nein Ja

9.4 **Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten jemals pfeifende oder keuchende Atemgeräusche im Brustkorb während oder nach körperlicher Anstrengung?**
 Nein Ja

9.5 **Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten nachts einen trockenen Reizhusten, obwohl es keine Erkältung oder Bronchitis hatte?**
 Nein Ja

9.6 **Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten Niesanfälle oder eine laufende, verstopfte oder juckende Nase, obwohl es nicht erkältet war?**
 Nein Ja

9.7 **Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten gleichzeitig mit diesen Nasenbeschwerden auch juckende und tränende Augen?**
 Nein Ja

10. **Wer erzieht das Kind?**

Beide Eltern (zusammen wohnend) Beide Eltern (getrennt wohnend)
 Elternteil mit Partner Alleinerziehende/r
 Pflegeeltern Großeltern oder andere

**Zum Schluss erbitten wir noch einige Angaben zu Ihnen
bzw. Ihrem Ehe- oder Lebenspartner.
Beachten Sie dazu bitte die Angaben zur Speicherung und Anonymität**

Angaben zur Mutter / Partnerin	Angaben zum Vater / Partner
Geburtsjahr	Geburtsjahr
Höchster erreichter Schulabschluss	Höchster erreichter Schulabschluss
<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss
<input type="checkbox"/> Mittlere Reife, Realschulabschluss	<input type="checkbox"/> Mittlere Reife, Realschulabschluss
<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)	<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)
<input type="checkbox"/> Abitur (Allg. Hochschulreife)	<input type="checkbox"/> Abitur (Allg. Hochschulreife)
<input type="checkbox"/> Anderer Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Anderer Schulabschluss
<input type="checkbox"/> (Noch) kein Schulabschluss	<input type="checkbox"/> (Noch) kein Schulabschluss
Letzte abgeschlossene Berufsausbildung oder Studium	Letzte abgeschlossene Berufsausbildung oder Studium
<input type="checkbox"/> Gewerbliche oder landwirtschaftliche Lehre	<input type="checkbox"/> Gewerbliche oder landwirtschaftliche Lehre
<input type="checkbox"/> Kaufmännische oder sonstige Lehre	<input type="checkbox"/> Kaufmännische oder sonstige Lehre
<input type="checkbox"/> Berufsfachschule, Handelsschule	<input type="checkbox"/> Berufsfachschule, Handelsschule
<input type="checkbox"/> Schule des Gesundheitswesens	<input type="checkbox"/> Schule des Gesundheitswesens
<input type="checkbox"/> Fachschule (z.B. Meister- o. Technikerschule)	<input type="checkbox"/> Fachschule (z.B. Meister- o. Technikerschule)
<input type="checkbox"/> Beamtenausbildung	<input type="checkbox"/> Beamtenausbildung
<input type="checkbox"/> Fachhochschule, Ingenieurschule	<input type="checkbox"/> Fachhochschule, Ingenieurschule
<input type="checkbox"/> Universität, Hochschule	<input type="checkbox"/> Universität, Hochschule
<input type="checkbox"/> Sonstiger Berufsabschluss	<input type="checkbox"/> Sonstiger Berufsabschluss
<input type="checkbox"/> (Noch) kein Berufsabschluss	<input type="checkbox"/> (Noch) kein Berufsabschluss
Berufstätigkeit	Berufstätigkeit
<input type="checkbox"/> Nicht od. geringfügig (0 – 14 Std)	<input type="checkbox"/> Nicht od. geringfügig (0 – 14 Std)
<input type="checkbox"/> Ja, ganztags (30 Std und mehr)	<input type="checkbox"/> Ja, ganztags (30 Std und mehr)
<input type="checkbox"/> Ja, Teilzeit (15 – 29 Std)	<input type="checkbox"/> Ja, Teilzeit (15 – 29 Std)
Schichtdienst	Schichtdienst
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Stand: 03/2017

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!