

# 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 Niesanfalle 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 .....
<b>Höchster erreichter Schulabschluss</b>	<b>Höchster erreichter Schulabschluss</b>
<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
<b>Letzte abgeschlossene Berufsausbildung oder Studium</b>	<b>Letzte abgeschlossene Berufsausbildung oder Studium</b>
<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
<b>Berufstätigkeit</b>	<b>Berufstätigkeit</b>
<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)
<b>Schichtdienst</b>	<b>Schichtdienst</b>
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Stand: 03/2017

**Vielen Dank für Ihre Bemühungen!**