

Angaben für den Schularzt / die Schulärztin, freiwillig und vertraulich

Name des Kindes, Vorname : _____

Geb.-Datum, Geb. -Ort : _____ Telefon: _____

Kindergartenbesuch von: _____ (Monat/Jahr) bis heute _____ (Monat/Jahr) = _____, _____ (Jahr, Monate)

Anzahl der Geschwisterkinder, die mit im Haushalt leben : _____

Geburtsjahre der Geschwisterkinder: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____

Anzahl der erwachsenen Personen in Ihrer Wohngemeinschaft: _____

Schwangerschaft und Geburtsverlauf (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft _____
Normalgeburt Frühgeburt Mehrlingsgeburt
Kaiserschnitt Saugglocke Zangengeburt
Sonstige Besonderheiten Sauerstoffmangel Beatmung
Nabelschnurumschlingung Fruchtwasserfärbung Verlegung in Kinderklinik

Geburtsgewicht: _____ g Neugeborenenengelbsucht Apgar-Zahlen: _____ pH-Wert: _____

Mein Kind konnte mit _____ Monaten krabbeln; mit _____ Monaten laufen und mit _____ Monaten die ersten kleinen

Sätze (Dreiwortsätze) sprechen. Sauberkeitserziehung abgeschlossen: nein teils/teils ja

Fragen zu gesundheitlichen Störungen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Allergien mit Testung	nein	ja
Asthma, häufig Bronchitis	nein	ja
Haltungsschäden, Rückenbeschwerden	nein	ja
Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Anfallsleiden)	nein	ja
Ohrenerkrankung, Hörschwäche	nein	ja
Augenerkrankung, Brille	nein	ja
Diabetes und andere Stoffwechselerkrankungen / Diät	nein	ja
Operationen / Unfälle wenn ja, welche?	nein	ja
z.Zt. in ärztlicher Behandlung wenn ja, wegen?	nein	ja
z.Zt. regelmäßige Medikamenteneinnahme? wenn ja, welche?	nein	ja
Bielefelder Screening (BISC) im Kindergarten durchgeführt?	nein	ja, unauffällig ja, auffällig
Teilnahme am Förderprogramm HLL (Hören/Lauschen/Lernen)?	nein	ja

Entwicklung des Kindes (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Kann Ihr Kind schwimmen?	nein	ja, fast	ja
Besucht Ihr Kind regelmäßig eine Sportgruppe?	nein		ja
Nimmt Ihr Kind an einer musikalischen Ausbildung teil?	nein		ja
Lesen Sie Ihrem Kind regelmäßig vor?	nein	selten	mehrmals pro Woche täglich
Kann Ihr Kind ohne Stützräder Fahrrad fahren?	nein		teils/teils ja
Ist Ihr Kind oft zappelig?	nein		teils/teils ja
Kann sich Ihr Kind gut konzentrieren?	nein		teils/teils ja
Ist Ihr Kind aufmerksam, kann gut zuhören?	nein		teils/teils ja
Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?	nein		teils/teils ja
Sind Sie allgemein mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?	nein		teils/teils ja
Liegt eine Behinderung bei Ihrem Kind vor?	nein		ja
Wird Ihr Kind zur Zeit integrativ betreut?	nein		ja
Wird Ihr Kind eventuell eine besondere Schulform benötigen?	nein		ja

Durchgeführte Therapien (Zutreffendes bitte ankreuzen) :

Krankengymnastik Logopädie sonstige Psychotherapie
Heilpädagogik / Frühförderung Motopädie / Psychomotorik andere Therapieformen
Ergotherapie Verhaltens-/Spieltherapie wenn ja, welche: _____

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten: _____