

Fragebogen Schuleingangsuntersuchung

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie dem Datenschutz.
Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig.
Dieser Fragebogen ist nur für den Schularzt und wird nicht an die Schule weitergeleitet.

	Kind		Vater	Mutter
Name		Name		
Vorname		Vorname		
Geburtsdatum		Telefon		
Wohnort		Wohnort		
Straße		Straße		

1. An welcher Schule haben Sie Ihr Kind angemeldet?

2. Besucht Ihr Kind einen Kindergarten?

☐ Ja ☐ Nein

Anzahl der Jahre (mit Krippe): ☐ weniger als 1 Jahr, ☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 4, ☐ 5, ☐ 6 Jahre

Name des Kindergartens: _____

3. Behandelnder Arzt/Kinderarzt: _____

4. Traten Besonderheiten beim Schwangerschafts- und/oder Geburtsverlauf auf?

5. In welcher Schwangerschaftswoche ist Ihr Kind geboren? _____ Woche

Geburtsgewicht _____ g, Körperlänge bei Geburt _____ cm, Kopfumfang _____ cm

6. Wie viele Geschwister hat das Kind? _____ (Geburtsjahr und Geschlecht, M = männlich, W = weiblich)

19 ☐M ☐W
20 ☐M ☐W

19 ☐M ☐W
20 ☐M ☐W

19 ☐M ☐W
20 ☐M ☐W

19 ☐M ☐W
20 ☐M ☐W

Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt _____

7. Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

- | | | | | |
|--|---|--|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Scharlach |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Meningitis (Hirnhautentzündung) | | |
| <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung | | | |

8. Leidet Ihr Kind an einer chronischen Erkrankung und/oder einer Allergie?

Chronische Erkrankungen:

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> A(D)HS |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Allergien:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel | <input type="checkbox"/> Pollen |
| <input type="checkbox"/> Hausstaubmilben | <input type="checkbox"/> Schimmelpilze |
| <input type="checkbox"/> Tierhaare | <input type="checkbox"/> Medikamente |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

mein Kind nimmt regelmäßig Medikamente ein: ☐ Ja ☐ Nein

welche: _____

9. Hat oder hatte Ihr Kind entwicklungsfördernde Therapien oder Maßnahmen?

- | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heilpädagogik/ Frühförderung/ I-Maßnahme | <input type="checkbox"/> jetzt | <input type="checkbox"/> früher |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik/ Physiotherapie | <input type="checkbox"/> jetzt | <input type="checkbox"/> früher |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> jetzt | <input type="checkbox"/> früher |
| <input type="checkbox"/> Logopädie | <input type="checkbox"/> jetzt | <input type="checkbox"/> früher |
| <input type="checkbox"/> Sprachförderung in der Kita | <input type="checkbox"/> jetzt | <input type="checkbox"/> früher |
| <input type="checkbox"/> andere | <input type="checkbox"/> jetzt | <input type="checkbox"/> früher |

welche: _____

10. Welche Krankenhausaufenthalte oder Operationen gab es in welchem Jahr bei Ihrem Kind?

11. Liegen in der Familie chronische Erkrankungen oder Behinderungen vor?

12. In welchem Land sind Sie geboren? * (freiwillige Angabe)

Mutter : _____ Vater: _____

13. Welche Sprache(n) wurde(n) mit Ihrem Kind in den ersten 4 Lebensjahren überwiegend gesprochen?

- ☐ deutsch ☐ andere Sprache ☐ beides

14. Welchen Schulabschluss haben Sie? (bitte ankreuzen) *(freiwillige Angabe)

	Mutter	Vater
kein Abschluss		
Förderschulabschluss		
Hauptschulabschluss		
Realschulabschluss		
Abitur/Fachhochschulabschluss		

15. Berufstätigkeit *(freiwillige Angabe)

	Mutter	Vater
Vollzeit		
Teilzeit		
nicht berufstätig		

16. Bei wem lebt Ihr Kind überwiegend? * (freiwillige Angabe)

- ☐ bei beiden leiblichen Eltern
- ☐ beim alleinerziehenden Elternteil
- ☐ beim Elternteil mit Partner
- ☐ bei Großeltern, Pflegeeltern, Adoptiveltern oder anderen

Fragebogen Stärken und Schwächen (SDQ)

Mit Hilfe dieses Fragebogens soll das Sozial- und Emotionalverhalten ihres Kindes im Alltag beurteilt werden.