

Die Angaben im Anamnesebogen zur schulärztlichen Untersuchung dienen der Vorbereitung der Untersuchung. Das Ausfüllen des Fragebogens ist freiwillig. Ihre Mitarbeit ist wichtig für einen effizienten Ablauf, daher bitten wir Sie, den Bogen zur Untersuchung ausgefüllt mitzubringen. Während der schulärztlichen Untersuchung werden die schulrelevanten Angaben und Themen persönlich besprochen.

	Einschulkind		Mutter/Vater/ Elternteil 1	Mutter/Vater/Elternteil 2
Name, Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort / -land				
Staatsangehörigkeit bei Geburt				
In Deutschland seit:	20 Monat Jahr			
Adresse			Falls abweichend vom Kind!	Falls abweichend vom Kind!
Telefonnummer				
E-Mail-Adresse für Terminabsprachen				

Weitere Angaben zum Kind

Geschlecht des Kindes

☐weiblich ☐männlich ☐divers ☐keine Angabe

Kinder im gleichen Haushalt (Geburtsjahr)

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

Kinderärztin / Kinderarzt

Hausärztin / Hausarzt

Angaben zu Kindertagesstätte und Schule

Kindertagesstätte Name:

Seit: Monat / Jahr

Integrationsplatz in der Kita

nein ☐ ja ☐ Frühförderung nein ☐ ja ☐

Kindersprachscreening KiSS

nein ☐ ja ☐ Vorlaufkurs nein ☐ ja ☐

Ich bin damit einverstanden, dass die KiSS-Unterlagen in der Einschulungsuntersuchung eingesehen werden. nein ☐ ja ☐

Zuständige Schule

Familienvorgeschichte (Eltern / Personensorgeberechtigte / Geschwister des Kindes)

Brillen-bzw. Kontaktlinsenträger: ☐

Chron. Erkrankungen bzw. Behinderungen: ☐ (welche)

Entwicklung

Besonderheiten: nein ☐ ja ☐

Geburtsgewicht: _____ g

Schwangerschaftsdauer nein ☐ ja ☐

regelrecht:

Besonderheiten der Säuglings- und Kleinkinderzeit: nein ☐ ja ☐

Fragen zur Zahngesundheit:

Zur Kontrolle beim Zahnarzt: _____ x jährlich

Wie oft wird geputzt? _____ x täglich

Wird nachgeputzt? nein ☐ ja ☐

Elektrische Zahnbürste: nein ☐ ja ☐

Fluoridhaltige Zahnpasta: nein ☐ ja ☐

Erkrankungen / Unfälle

Schwere Infektionskrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung) oder andere schwere Erkrankungen: nein ☐ ja ☐

Allergien: nein ☐ ja ☐ (welche)

Krankenhausaufenthalte / Operationen: nein ☐ ja ☐

In ärztlicher Behandlung wegen:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Präparat und Dosierung):

Fördermaßnahmen / Therapien / Hilfsmittel

☐ Sehstörung ☐ Brille seit: ☐ Schielbehandlung, Sehschule seit:

☐ Hörstörung ☐ Hörhilfen:

☐ Sprachstörung ☐ Logopädie von _____ bis _____

☐ Ergotherapie von _____ bis _____ ☐ Krankengymnastik von _____ bis _____

☐ Andere Fördermaßnahmen / Therapien (welche):

Persönliche Besonderheiten (werden in einem persönlichen Gespräch vertraulich erörtert)

(z.B. Bewegungsunruhe, Konzentrationsschwäche, Ängstlichkeit, Ungeschicklichkeit, Verzögerte Entwicklung, Einnässen, Einkoten):

nein ☐ ja ☐

Interessen / besondere Fähigkeiten / Stärken / Was macht Ihr Kind besonders gern?

Sport im Verein:..... Sonstiges:.....

Kann Ihr Kind schwimmen? ☐ nein ☐ ja (z.B. Fahrradfahren, Rollerfahren, Schlittschuhlaufen, Klettern, Fußball, o.Ä.)

Hat Ihr Kind das Seepferdchen Abzeichen? ☐ nein ☐ ja

Wie lange sieht Ihr Kind pro Tag Fernsehen, Videos, Streaming oder spielt mit Spielkonsole, Smartphone oder anderen Bildschirmmedien?

unter der Woche: ☐ gar nicht ☐ weniger als 30min ☐ bis 1h ☐ bis 2h ☐ bis 3h ☐ über 3h ☐ überwiegend begleitet ☐ überwiegend alleine

am Wochenende: ☐ gar nicht ☐ weniger als 30min ☐ bis 1h ☐ bis 2h ☐ bis 3h ☐ über 3h ☐ Handy/Tablet/Handheld-Konsole ☐TV-/PC-Bildschirm

Ausgefüllt am: _____ Unterschrift Eltern /Personensorgeberechtigte: _____