

Anamnesebogen

	Einschulkind
Name, Vorname	<< e_name >>, << e_vorname >>
Geburtsdatum	<< e_gebdat >>
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)	<< e_str >> << e_hnr >> << e_plz >> << e_ort >>
Staatsangehörigkeit bei Geburt	<< e_staaatsang >>
Geburtsort/-Land	<< e_gebort >> << e_gebland >>
In Deutschland seit Monat und Jahr	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angabe
Kinder-/Hausarzt	
zuständige Schule	<< v_einrichtung >>
Kindergarten: Name + Aufnahmedatum	Monat: Jahr:

	Mutter/Elternteil 1	Vater/Elternteil 2	
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)	Falls abweichend vom Kind!	Falls abweichend vom Kind!	
Staatsangehörigkeit bei Geburt			
Geburtsort/-Land			
Telefon			
E-Mail-Adresse			
Kinder im gleichen Haushalt (nur Geburtsjahr)	1.	2.	3.
	4.	5.	6.

Angaben zu Kindertagesstätten und Schulen

Integrationsplatz in der Kita? ja nein
Kindersprachscreening KiSS? ja nein

Frühförderung? ja nein

Vorlaufkurs? ja nein

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

Familievorgeschichte (Eltern oder Geschwister des Kindes)

Brillen-bzw. Kontaktlinsenträger

Chron. Erkrankungen/ bzw. Behinderungen (welche):

Entwicklung

Besonderheiten? nein ja (welche):

Geburtsgewicht:

Schwangerschaftsdauer regelrecht? nein ja (welche):

.....g

Besonderheiten der Säuglings- u. Kleinkinderzeit? nein ja (welche):

Zahngesundheit

Wie oft wird geputzt? ____ x täglich

Wird nachgeputzt? nein ja

Elektrische Zahnbürste? nein ja

Fluoridhaltige Zahnpaste? nein ja

Erkrankungen / Unfälle (Zutreffendes ankreuzen bzw. beschreiben)

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

Allergien? nein ja (welche):

Krankenhausaufenthalte, Operationen? nein ja (welche):

In ärztlicher Behandlung wegen?

Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Präparat und Dosierung)?

Fördermaßnahmen, Therapien und Hilfsmittel

Sehstörung

Brille seit:

Schielbehandlung, Sehschule seit:

Hörstörung

Hörhilfen seit:

Sprachstörung

Sprachtherapie (Logopädie) von

bis

läuft noch

Ergotherapie von

bis

läuft noch

Krankengymnastik von

bis

läuft noch

Andere Fördermaßnahmen / Therapien (welche):

Persönliche Besonderheiten

Bewegungsunruhe

Konzentrationsschwäche

Ängstlichkeit

Ungeschicklichkeit

Verzögerte Entwicklung

Einnässen/Einkoten

Sonstiges:

Interessen, besondere Fähigkeiten, Stärken / Was macht Ihr Kind besonders gerne?

Sport im Verein: Sonstiges:

Kann Ihr Kind schwimmen? ja nein

Hat Ihr Kind das Seepferdchen-Abzeichen? ja nein

Medienkonsum (Handy, Tablet, Spielekonsole, TV) wenig (unter 30min/tägl.) mittel (30 bis 90min/tägl.) viel (über 90min/tägl.)

Ausgefüllt am: _____

Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte: _____