

# 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_staatsang >>
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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Frühförderung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kindersprachscreening KISS? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vorlaufkurs? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass die KiSS-Unterlagen in der Einschulungsuntersuchung eingesehen werden. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

## Familienvorgeschichte (Eltern oder Geschwister des Kindes)

<input type="checkbox"/> Brillen-bzw. Kontaktlinsenträger	<input type="checkbox"/> Chron. Erkrankungen/ bzw. Behinderungen (welche):
-----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

## Entwicklung

Besonderheiten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (welche):	Geburtsgewicht: .....g
Schwangerschaftsdauer regelrecht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (welche):	
Besonderheiten der Säuglings- u. Kleinkinderzeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (welche):	

## Zahngesundheit

Wie oft wird geputzt? ____ x täglich	Wird nachgeputzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Elektrische Zahnbürste? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Fluoridhaltige Zahnpaste? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

## Erkrankungen / Unfälle (Zutreffendes ankreuzen bzw. beschreiben)

Schwere Infektionskrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung) oder andere schwere Erkrankungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (welche):
Allergien? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (welche):
Krankenhausaufenthalte, Operationen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (welche):
In ärztlicher Behandlung wegen?
Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Präparat und Dosierung)?

## Fördermaßnahmen, Therapien und Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Sehstörung	<input type="checkbox"/> Brille seit:	<input type="checkbox"/> Schielbehandlung, Sehschule seit:
<input type="checkbox"/> Hörstörung	<input type="checkbox"/> Hörhilfen seit:	
<input type="checkbox"/> Sprachstörung	<input type="checkbox"/> Sprachtherapie (Logopädie) von	bis <input type="checkbox"/> läuft noch
<input type="checkbox"/> Ergotherapie von	bis <input type="checkbox"/> läuft noch	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik von
		bis <input type="checkbox"/> läuft noch
<input type="checkbox"/> Andere Fördermaßnahmen / Therapien (welche):		

## Persönliche Besonderheiten

<input type="checkbox"/> Bewegungsunruhe	<input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche	<input type="checkbox"/> Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/> Ungeschicklichkeit
<input type="checkbox"/> Verzögerte Entwicklung	<input type="checkbox"/> Einnässen/Einkoten	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

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

Sport im Verein: .....	Sonstiges: .....
Kann Ihr Kind schwimmen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hat Ihr Kind das Seepferdchen-Abzeichen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Medienkonsum (Handy, Tablet, Spielekonsole, TV) <input type="checkbox"/> wenig (unter 30min/tägl.) <input type="checkbox"/> mittel (30 bis 90min/tägl.) <input type="checkbox"/> viel (über 90min/tägl.)	

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_ Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte: \_\_\_\_\_