

Name und Vorname/n des Kindes: .....

Name und Tel.-Nr. der Mutter bzw. Elternteil 1: .....

Name und Tel.-Nr. des Vaters bzw. Elternteil 2: .....

Geburtsdatum des Kindes: 


Geschlecht des Kindes:  männlich  weiblich  diversWohnadresse des Kindes: PLZ 

--	--	--	--

 Ort: .....

Straße, Hausnr.: .....

Geburtsland des Kindes  Deutschland  nicht Deutschland, sondern: .....Geburtsland der Mutter bzw. Elternteil 1  Deutschland  nicht Deutschland, sondern: .....Geburtsland des Vaters bzw. Elternteil 2  Deutschland  nicht Deutschland, sondern: .....Nationalität der Mutter bzw. Elternteil 1  deutsch  nicht deutsch, sondern: .....Nationalität des Vaters bzw. Elternteil 2  deutsch  nicht deutsch, sondern: .....

Zuständige Grundschule: .....

**1. Schwangerschaft und Geburtsverlauf**

Erkrankung der Mutter in der Schwangerschaft (z. B. Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck, (Prä)Eklampsie, Thrombose)

 nein  ja wenn ja, welche? ..... Normalgeburt (Spontangeburt)  Frühgeburt  Kaiserschnitt weitere Geburtskomplikationen (z.B. Saugglocke, Zangen geburt)  Mehrlingsgeburt Geburtsgewicht 

--	--	--	--

 g**2. Entwicklung des Kindes**Allein Laufen gelernt  bis zum 15. Monat  späterSprechen gelernt (mind. 2-Wort-Sätze, ca. 50 Wörter)  bis zum 2. Geburtstag  späterTags und nachts sauber  bis zum 4. Geburtstag  später**3. Frühere Erkrankungen**

Hatte Ihr Kind in der Vergangenheit eine/ mehrere der folgenden Erkrankungen/ Beeinträchtigungen?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Windpocken<br><input type="checkbox"/> Hörstörung<br><input type="checkbox"/> Krampfanfälle (Fieberkrampf, Epilepsie)<br><input type="checkbox"/> wiederholte Mittelohrentzündung(en)/ -vereiterung(en)<br><input type="checkbox"/> Nieren- / Blasenerkrankung(en)<br><input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung(en)<br><input type="checkbox"/> Sonstiges ..... | <input type="checkbox"/> häufige Atemwegserkrankungen (ARE)<br><input type="checkbox"/> Pseudokrupp<br><input type="checkbox"/> Spreiz(hosen)behandlung<br><input type="checkbox"/> Erkrankung(en) der Füße<br><input type="checkbox"/> Erkrankung(en) der Wirbelsäule |
|---|--|

**4. Aktuelle (derzeitige) gesundheitliche Besonderheiten**

Hat Ihr Kind derzeitig eine/ mehrere der folgenden Erkrankungen/ Beeinträchtigungen?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sehstörung (z.B. Brillenträger, Schielen)<br><input type="checkbox"/> gehäuftes Atmen mit offenem Mund<br><input type="checkbox"/> Auffälligkeit(en) im Verhalten<br><input type="checkbox"/> Sonstiges ..... | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)<br><input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung(en)<br><input type="checkbox"/> Nieren- / Blasenerkrankung(en) |
|--|--|

**5. Hat ein(e) Ärztin/Arzt jemals eine der folgenden Krankheiten festgestellt?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma<br><input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis<br><input type="checkbox"/> Allergie(n) / welche? ..... |
|---|--|

**6. Krankenhausaufenthalte und Operationen**Lag Ihr Kind jemals im Krankenhaus?  nein  ja, und zwar insgesamt 

--	--

 mal wegen:  akuter Erkrankung  chronischer Krankheit  Unfall  stationäre Operation(en)  sonst.Wurde Ihr Kind jemals **ambulant** operiert?  nein  ja

Gründe Krankenaufenthalt(e)/ Operation(en): .....

**7. Befindlichkeitsstörungen**

Hat Ihr Kind häufiger:

Kopfschmerzen?  
 Bauchschmerzen?

Muskel-, Gelenk- oder Rückenschmerzen?  
 Schlafstörungen?

**8. Therapien****Wird oder wurde bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Therapien durchgeführt?**

Sprachtherapie/ Logopädie	<input type="checkbox"/> derzeit	<input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen)
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> derzeit	<input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen)
Physiotherapie	<input type="checkbox"/> derzeit	<input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen)
ambulante Frühförderung	<input type="checkbox"/> derzeit	<input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen)
integrative Förderung	<input type="checkbox"/> derzeit	<input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen)

sonstige Therapien: .....

Kind nimmt zurzeit regelmäßig Medikamente  nein  ja / welche? .....**9. Sonstige gesundheitliche Probleme, die Sie gern im Hinblick auf die Einschulung Ihres Kindes****besprechen möchten** .....

Die folgenden Angaben sind freiwillig. Sie sollen helfen, die (eventuelle) Notwendigkeit von Therapien und/oder Fördermaßnahmen für Ihr Kind besser einzuschätzen und mit Ihnen besprechen zu können und werden in anonymisierter Form (ohne Namen und Adresse) für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) verwendet. Deshalb bitten wir Sie, auch die nachfolgenden Fragen zu beantworten und die untenstehende Einwilligung zu unterschreiben.

**10. Familiäres Umfeld und Betreuung des Kindes**

Bezugsperson(en):

das Kind lebt ständig ....

Geschwister (ohne das einzuschul. Kind)  keine Anzahl  

<input type="checkbox"/> bei beiden Eltern	derzeit im Haushalt lebende Kinder INSGESAMT	Anzahl <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> bei der Mutter bzw. Elternteil 1	(inklusive des einzuschulenden Kindes)	
<input type="checkbox"/> beim Vater bzw. Elternteil 2	... davon jünger als das einzuschulende Kind	Anzahl <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

bei Mutter bzw. Elternteil 1 mit Ehe-/ Lebenspartner/-in  
 beim Vater bzw. Elternteil 2 mit Ehe-/ Lebenspartner/-in  
 wechselnd zu etwa gleichen Teilen bei der Mutter/ Elternteil 1 bzw. beim Vater/ Elternteil 2 (mit oder ohne jeweilige/n Ehe-/ Lebenspartner/-in)

 bei anderen Bezugspersonen (z.B. Adoptiv-, Groß-, Pflegeeltern, Heim)

Wie wird Ihr Kind derzeit tagsüber betreut?

<input type="checkbox"/> nur zuhause (Hauskind)	<input type="checkbox"/> KITA ganztags (>5h)
<input type="checkbox"/> KITA halbtags (<5h)	<input type="checkbox"/> Tagespflege halbt. (<5h)
<input type="checkbox"/> Tagespflege halbt. (<5h)	<input type="checkbox"/> Tagespflege ganzt. (>5h)
<input type="checkbox"/> KITA und Tagespflege (jeweils etwa halbtags)	

Falls Ihr Kind die KITA besucht: wie alt war es bei Eintritt?  <2J  2J  3J  4J  5JErwerbstätigkeit Mutter bzw. Elternteil 1:  ja  nein  zurzeit Ausbildung/ StudiumErwerbstätigkeit Vater bzw. Elternteil 2:  ja  nein  zurzeit Ausbildung/ StudiumSchulabschluss Mutter bzw. Elternteil 1:  weniger als 10. Klasse (Hauptschule, Förderschule, kein Abschluss) 10. Klasse (Mittlere Reife, Realschule) mehr als 10. Klasse (Abitur)Schulabschluss Vater bzw. Elternteil 2:  weniger als 10. Klasse (Hauptschule, Förderschule, kein Abschluss) 10. Klasse (Mittlere Reife, Realschule) mehr als 10. Klasse (Abitur)Wird im Haushalt geraucht? (inkl. E-Zigarette/Vapes)  nein  jawenn ja, wo (bitte nur eine Antwort)  nur außerhalb der Wohnung  innerhalb u. außerhalb der Wohnung**Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung der freiwilligen Angaben im Fragenkomplex 10**

(personenbezogene Daten nach Artikel 6 Abs. 1a und besondere Kategorien personenbezogener Daten nach Artikel 9 Abs. 1a der Datenschutz-Grundverordnung).

**Verantwortliche Behörde:**

Hiermit willige ich in die Erhebung und Verarbeitung meiner Angaben im Fragenkomplex 10 ein. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann, ohne dass Nachteile daraus entstehen.

Ort, Datum .....

Unterschriften der Elternteile .....