

**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    ☐ divers

 Wohnadresse 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, Zangengeburt)    ☐ Mehrlingsgeburt    Geburtsgewicht     g

**2. Entwicklung des Kindes**

 Allein Laufen gelernt    ☐ bis zum 15. Monat    ☐ später

 Sprechen gelernt (mind. 2-Wort-Sätze, ca. 50 Wörter)    ☐ bis zum 2. Geburtstag    ☐ später

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

**4. Aktuelle (derzeitige) gesundheitliche Besonderheiten**
**Hat Ihr Kind derzeit eine/ mehrere der folgenden Erkrankungen/ Beeinträchtigungen?**

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

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma        | <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis       |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <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 Krankenhausaufenthalt(e)/ Operation(en): .....

**7. Befindlichkeitsstörungen**

Hat Ihr Kind häufiger:

☐

Kopfschmerzen?

☐

Muskel-, Gelenk- oder Rückenschmerzen?

☐

Bauchschmerzen?

☐

Schlafstörungen?

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

Sprachtherapie/ Logopädie

☐ derzeit☐ früher (abgeschlossen)

Ergotherapie

☐ derzeit☐ früher (abgeschlossen)

Physiotherapie

☐ derzeit☐ früher (abgeschlossen)

ambulante Frühförderung

☐ derzeit☐ früher (abgeschlossen)

integrative Förderung

☐ derzeit☐ 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 ....

☐ bei beiden Eltern☐ bei der Mutter bzw. Elternteil 1☐ beim Vater bzw. Elternteil 2☐ 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?

☐ nur zuhause (Hauskind)☐ KITA halbtags (≤5h)☐ KITA ganztags (>5h)☐ Tagespflege halbt. (≤5h)☐ Tagespflege ganzt. (>5h)☐ KITA und Tagespflege (jeweils etwa halbtags)

Falls Ihr Kind die KITA besucht: wie alt war es bei Eintritt?

☐

&lt;2J

☐

2J

☐

3J

☐

4J

☐

5J

Erwerbstätigkeit Mutter bzw. Elternteil 1:

☐

ja

☐

nein

☐ zurzeit Ausbildung/ Studium

Erwerbstätigkeit Vater bzw. Elternteil 2:

☐

ja

☐

nein

☐ zurzeit Ausbildung/ Studium

Schulabschluss 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

☐

ja

wenn 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