

Hinweise zum Ausfüllen dieses Bogens:  
 Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen ☑  
 Die Beantwortung aller oder auch einzelner Fragen ist freiwillig!



Familienname des Kindes	Vorname	geboren am	Staatsangehörigkeit	Anzahl der Geschwister
Muttersprache (Mutter)	Muttersprache (Vater)	Anzahl Erwachsene im Haushalt	Krippen-/KITA/Kindergartenbesuch Dauer in Jahren <input type="text"/>	
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten Name(n).....Vorname(n).....PLZ, Ort..... Straße.....Tel.-Nr.....				
<b>Schwangerschaft und Geburtsverlauf (Angaben im gelben Heft)</b>				
vollendete Schwangerschaftswochen:  _ _  SSW    Geburtsgewicht:  _ _ _ _  Gramm <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt				
<b>Entwicklung</b>				
Wurden bei Ihrem Kind <u>jemals</u> Entwicklungsverzögerungen festgestellt?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Freies Laufen bis 18 Monate		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Erste Worte (wie Mama, Papa, Auto) bis 18 Monate		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Sprachauffälligkeiten in der Entwicklung		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Kind wächst mehrsprachig auf		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Andere Sprache(n) (welche): _____				
Kontakt mit der deutschen Sprache		<input type="checkbox"/> seit Geburt	<input type="checkbox"/> nicht seit Geburt	
Wenn Kontakt mit der deutschen Sprache nicht seit Geburt, ab welchem Alter?		_  Jahre	_ _  Monate	
Ist Ihr Kind		<input type="checkbox"/> Rechtshänder	<input type="checkbox"/> Linkshänder	<input type="checkbox"/> noch unentschieden
<b>Liegt oder lag bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen oder gesundheitl. Einschränkungen vor?</b>				
Wurde Ihr Kind schon einmal von einem Augenarzt untersucht?		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen:				
▶ Wurden dabei die Pupillen weit getropft?		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
▶ Wurde eine Sehstörung festgestellt?		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
↳ Wenn ja, welche Behandlung wurde durchgeführt?				
▶ Brille		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
▶ Abkleben/Training eines Auges		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
▶ Schieloperation		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> geplant
Angeborene schwere Hörstörung		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen:				
Angeborene Hörstörung		<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> beidseitig
Mit Hörgerät versorgt		<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> beidseitig
Mit Cochlea-Implantat versorgt		<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> beidseitig

**Bitte wenden!**

Stoffwechsel-/Hormonstörungen (nur ärztlich diagnostizierte Befunde)		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, welche:		<input type="checkbox"/> MCAD-Mangel	<input type="checkbox"/> Hypothyreose (angeborene)
		<input type="checkbox"/> PKU	<input type="checkbox"/> AGS
		<input type="checkbox"/> Mukoviszidose	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 1)
		<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 2)	
	<input type="checkbox"/> Sonstige: .....		
Alter bei Diagnosestellung:  __   __   __			
	Jahre	Monate	
Sonstige chronische Erkrankungen: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?): .....			
Schwere Behinderung: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?): .....			
Regelmäßig einzunehmende Medikamente: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?): .....			
Sind Ihnen Erkrankungen Ihres Kindes bekannt, die bestimmte Vorgehensweisen in Notfallsituationen erfordern (z.B. Allergien, Epilepsie, u.a.)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Wenn ja, welche? .....			
Kinderarzt/Hausarzt: .....			
.....			
<b>Hat Ihr Kind jemals folgende Fördermaßnahmen oder Behandlungen erhalten?</b>			
Teilnahme am Vorkurs Deutsch	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> geplant
Sprachtherapie (Logopädie)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen	<input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch <input type="checkbox"/> geplant
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen	<input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch <input type="checkbox"/> geplant
Frühförderung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen	<input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch <input type="checkbox"/> geplant
Heilpädagogik	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen	<input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch <input type="checkbox"/> geplant
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen	<input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch <input type="checkbox"/> geplant
Wie oft gehen Sie mit Ihrem Kind zum Zahnarzt?			
	<input type="checkbox"/> mindestens einmal im Jahr zur Kontrolle		
	<input type="checkbox"/> seltener als einmal im Jahr zur Kontrolle		
	<input type="checkbox"/> nur wenn es Beschwerden hat		
	<input type="checkbox"/> mein Kind war noch nie beim Zahnarzt		
Würden Sie sagen, dass Ihr Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung (bedrückt, ängstlich, schwankend, aufbrausend), Konzentration (kann nicht lange still sitzen, hört beim Vorlesen nicht ausdauernd zu), Verhalten, Umgang mit Anderen?			
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
<b>Gibt es in der Familie (Eltern, Geschwister)</b>			
▶ eine Lese-Rechtschreib-Schwäche (Legasthenie)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
▶ eine Rechenschwäche (Dyskalkulie)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
▶ Schielen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
▶ starke Weitsichtigkeit >3dpt, Astigmatismus >3dpt, Kurzsichtigkeit >10dpt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	

Ausgefüllt am: .....