

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 weiterer 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.....				
Schwangerschaft und Geburtsverlauf (Angaben im gelben Heft)				
Vollendete Schwangerschaftswochen: _ _ SSW Geburtsgewicht: _ _ _ _ Gramm <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt				
Entwicklung				
Wurden bei Ihrem Kind <u>jemals</u> Entwicklungsverzögerungen festgestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Sprachauffälligkeiten in der Entwicklung <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		Kind wächst mehrsprachig auf <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Kontakt mit der deutschen Sprache <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> nicht seit Geburt Wenn nicht seit Geburt Kontakt mit der deutschen Sprache, ab welchem Alter? _ Jahre _ _ Monate				
Ist Ihr Kind <input type="checkbox"/> Rechtshänder <input type="checkbox"/> Linkshänder <input type="checkbox"/> noch unentschieden				
Liegt oder lag bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen oder gesundheitl. Einschränkungen vor?				
Sehstörungen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Schielbehandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Brillenträger <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Schwere Hörstörung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen: <input type="checkbox"/> angeborene, schwere Hörstörung <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> erworbene, bleibende Hörstörung <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> mit Hörgerät versorgt seit linksMonat/Jahr rechtsMonat/Jahr <input type="checkbox"/> mit Cochlea-Implantat versorgt seit linksMonat/Jahr rechtsMonat/Jahr				
Angeborene Stoffwechsel-/Hormonstörungen (nur ärztl. diagnostizierte) : <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?): <input type="checkbox"/> MCAD-Mangel <input type="checkbox"/> Hypothyreose <input type="checkbox"/> PKU <input type="checkbox"/> AGS <input type="checkbox"/> Mukoviszidose <input type="checkbox"/> Diab. mell. Typ I <input type="checkbox"/> Diab. mell. Typ II				
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?				
Hat Ihr Kind jemals Fördermaßnahmen oder Behandlungen erhalten?				
Teilnahme am Vorkurs Deutsch <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Sprachtherapie (Logopädie) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch <input type="checkbox"/> geplant				
Frühförderung/Heilpädagogik/Ergotherapie <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				
Kinderarzt/Hausarzt:				

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten