



An die Sorgeberechtigten von

Behördennummer
... einfach ohne Vorwahl



Postanschrift:
Gräffstraße 5
64646 Heppenheim

Dienstanschrift: Kettelerstraße 29, 64646 Heppenheim

Abteilung: Gesundheitsamt

Sachgebiet: Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Sachbearbeitung: Frau Krüger

Raum: 57

Durchwahl: 06252 - 15 - 5846

Telefax: 06252 - 15 - 5995

E-Mail: gesundheit.schularzt@kreis-bergstrasse.de

Datum:

Sehr geehrte Sorgeberechtigte,

für Ihr Kind, _____, wurde ein Termin zur Untersuchung bezüglich einer Integrationsmaßnahme im Kindergarten vereinbart. Um den Ablauf der Untersuchung besser strukturieren zu können, würden wir Sie bitten, folgenden Fragebogen im Voraus **auszufüllen und zum Gespräch mitzubringen** oder, wenn von Ihnen gewünscht, **uns vorab per E-Mail zuzusenden**.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr



**KINDER- UND JUGEND-
GESUNDHEITSDIENST**

Gesundheitsamt Kreis Bergstraße



Fragebogen zum Begutachtungstermin

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

ausgefüllt von:

am:

1. Angaben zur Person		
1.1 Hilfesuchendes Kind		
Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Wohnanschrift:		
Geburtsort:		Staatsangehörigkeit:
Haus-/Kinderärztin bzw. Haus-/Kinderarzt:		
1.2 Mutter	sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Wohnanschrift (falls abweichend):		
Telefon:	berufstätig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Staatsangehörigkeit:
1.3 Vater	sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Wohnanschrift (falls abweichend):		
Telefon:	berufstätig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Staatsangehörigkeit:
1.4 andere gesetzliche Vertreterin bzw. Vertreter / Sorgeberechtigte bzw. Sorgeberechtigter / Vormund des Kindes		
Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Wohnanschrift:		
Telefon:	ggf. Institution:	



- Eltern:** verheiratet nicht verheiratet getrennt lebend
- geschieden verwitwet sonstiges:
- derzeitiger Aufenthalt:** bei den Eltern bei der Mutter bei dem Vater
- bei Verwandten bei Pflegeeltern im Heim

Geschwister und Halbgeschwister

Name:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d Geb.-Datum:
Aufenthalt: <input type="checkbox"/> wie Patientin bzw. Patient	abweichend:
Name:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d Geb.-Datum:
Aufenthalt: <input type="checkbox"/> wie Patientin bzw. Patient	abweichend:
Name:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d Geb.-Datum:
Aufenthalt: <input type="checkbox"/> wie Patientin bzw. Patient	abweichend:
Name:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d Geb.-Datum:
Aufenthalt: <input type="checkbox"/> wie Patientin bzw. Patient	abweichend:
Name:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d Geb.-Datum:
Aufenthalt: <input type="checkbox"/> wie Patientin bzw. Patient	abweichend:
Name:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d Geb.-Datum:
Aufenthalt: <input type="checkbox"/> wie Patientin bzw. Patient	abweichend:



Seit wann ist Ihr Kind in einer Betreuung?

seit

Kindergarten Krippe

Betreuungszeiten: Mo Di Mi Do Fr von bis

Entwicklungsanamnese

körperliche Entwicklung:

Hat Ihr Kind schwere Vorerkrankungen?

nein

ja:

Nimmt ihr Kind Medikamente?

nein

ja:

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?

nein

ja:

Hat Ihr Kind Allergien oder Unverträglichkeiten?

nein

ja:

Gab es bisher Probleme mit dem Hören?

nein

ja:

Sind Testungen erfolgt? nein ja: Zeitpunkt / Ort:

Gab es bisher Probleme mit dem Sehen?

nein

ja:

Sind Testungen erfolgt? nein ja: Zeitpunkt / Ort:



grobmotorische Entwicklung / Mobilität:

Wann konnte Ihr Kind:

- frei Sitzen: mit Monaten
 Krabbeln: mit Monaten
 Laufen: mit Monaten

Wie läuft Ihr Kind Treppen?

- nur einige Stufen an der Hand

Treppen aufwärts:

- krabbeln Nachstellschritt Wechselschritt am Geländer gehalten
 frei

Treppen abwärts:

- krabbeln Nachstellschritt Wechselschritt am Geländer gehalten
 frei

Kann Ihr Kind Dinge vom Boden aufheben?

- nein
 ja: ohne Festhalten mit Festhalten nur mit Hinsetzen

Was kann ihr Kind schon fahren?

- Bobbycar Dreirad Laufrad Roller
 Fahrrad (ohne Stützräder mit Stützräder)

Lenkt ihr Kind gezielt? ja nein

Kann ihr Kind:

- Klettern Rutschen Balancieren (mit Hilfe frei)
Schaukeln: Babyschaukel sicheres Festhalten
 Brettschaukel mit Hilfe ohne Anstoßen

Weiß Ihr Kind, wenn etwas gefährlich ist (z.B. im Straßenverkehr)?

- ja
 nein

Hat sich Ihr Kind schon einmal schwer verletzt?

- nein
 ja

Wenn „ja“, was ist passiert? Musste Ihr Kind z.B. ins Krankenhaus und / oder musste eine Wunde genäht werden?



feinmotorische Entwicklung

Welche Hand benutzt Ihr Kind?

- rechts links noch nicht festgelegt

Wie hält Ihr Kind den Stift?

- in der Faust mit 4 Fingern mit 3 Fingern sonstiges:

Wie malt Ihr Kind?

- mit Stift Punkte hacken Gekritzelt Kreise gegenständlich

Kann ihr Kind mit der Schere schneiden?

- nein
 ja: Schnipsel einfache Linien komplizierte Formen

Kann ihr Kind Gegenstände in Behältnisse einräumen?

- nein
 ja: große Gegenstände kleine Gegenstände

Kann ihr Kind einen Turm aus Klötzchen bauen?

- nein
 ja: mit Klötzen

Knetet Ihr Kind?

- nein
 ja: Schlangen Kugeln gegenständlich



Selbstständigkeit:

Kann Ihr Kind sich selber an- und ausziehen?

- nein
- ja: an- und ausziehen eigenständig
- nur ausziehen unter Anleitung
- nur einzelne Teile

Kann Ihr Kind sich seine Hände waschen / abtrocknen?

- ja
- nein

Kann Ihr Kind sich seine Zähne putzen?

- ja Nachputzen durch Eltern
- nein

Kann Ihr Kind sich eigenständig waschen?

- nein
- ja: eigenständig
- unter Anleitung

Hilft Ihr Kind im Haushalt mit?

- nein
- ja: Tischdecken
- Haustier füttern
- Wäsche wegräumen / falten
-

Wie isst Ihr Kind?

- wird gefüttert mit der Hand
- Benutzt: Löffel bestreicht das Brot schneidet koordiniert
- Gabel
- Messer + Gabel

Wie trinkt Ihr Kind?

- Babyflasche Schnabelbecher mit Strohhalm
- Glas / Becher gießt selbst ein

Kann Ihr Kind Flaschen öffnen und verschließen (aufdrehen des Schraubverschlusses)?

- ja
- nein

Trägt Ihr Kind noch Windeln?

- nein: tagsüber windelfrei mit Jahren
- nachts windelfrei mit Jahren
- ja: immer
- nur noch nachts ab Jahren
- nur noch tagsüber ab Jahren
- Sauberkeitstraining erfolgt seit Monaten



sprachliche Entwicklung:

Familiensprache:

Gab/gibt es Probleme mit der Sprachentwicklung?

- nein
 ja:

Hat ihr Kind als Säugling lautiert („gebrabbelt“)?

- nein
 ja, Beginn mit Monaten

Kann ihr Kind Tierlaute nachmachen?

- nein
 ja, Beginn mit Monaten

Wendet ihr Kind schon Wort-Kombinationen an?

- nein
 ja: 2-Wort-Sätze mit / seit Monaten / Jahren
 3- und Mehrwortsätze mit / seit Monaten / Jahren

Ist die Aussprache verständlich?

- nein
 ja: Besonderheiten:

Wie groß ist der Wortschatz Ihres Kindes?

- < 20 Wörter 20-50 Wörter 50-100 Wörter > 100 Wörter

Benutzt Ihr Kind Gebärden / Zeichensprache?

- nein
 ja, z.B.:

Kann sich Ihr Kind verständlich machen?

- nein
 ja: durch Gestik durch einzelne Wörter
 durch kurze Sätze kann Konversation betreiben

Kognition / Verständnis:

Kann Ihr Kind Situationen und Sachverhalte altersentsprechend verstehen?

- ja
- nein: gar nicht
- nur einfache / wiederkehrende Situationen (z.B. Schuhe anziehen)
- leicht reduziert

Versteht Ihr Kind Aufträge / Anweisungen und kann diese umsetzen?

- nein
- ja: nur einfache / wiederkehrende Anweisungen (z.B. Schuhe anziehen)
- auch neue Anweisungen
- „mehrfach“ Anweisungen („gehe dorthin und hol dies“)

Kann sich Ihr Kind altersentsprechend alleine beschäftigen?

- ja, dies ist auch alleine möglich
- nein: nur für sehr kurze Zeit
- benötigt Hilfe um konzentriert bei der Sache zu bleiben
- konzentrieren ist kaum möglich, auch mit Unterstützung
kann er/sie sich schwer konzentrieren und Dinge zu Ende führen

Kann Ihr Kind schon alleine aufräumen?

- nein
- ja: im Kleinen (z.B. räumt nach dem Malen Stifte eigenständig weg)
- auch schon das Zimmer / die Spielecke
- eigenständig
- mit Anleitung

Kann Ihr Kind Farben benennen?

- nein
- ja: Grundfarben (rot/gelb/blau/grün)

Kann Ihr Kind sortieren?

- nein
- ja: nach Farbe eigenständig
- nach Größe eigenständig
- nach Formen eigenständig

Kann Ihr Kind schon zählen?

- nein
- ja, bis

Hat Ihr Kind eine Vorstellung von Mengen (z.B. 2 ist weniger als 10)

- nein
- ja



Kann Ihr Kind Körperteile...

...zeigen? nein
 ja

...benennen? nein
 ja

Macht Ihr Kind Puzzle?

nein
 ja, bis Teile:
 eigenständig
 mit Anleitung

Kann Ihr Kind Größen unterscheiden (großes Auto / kleines Auto)?

nein
 ja

Kennt Ihr Kind Gegensätze (warm / kalt, laut / leise)?

nein
 ja

Wieviel Medien konsumiert Ihr Kind pro Tag?

TV: h/Tag
Tablett/Handy: h/Tag
Spielkonsolen: h/Tag

Vielen Dank!