

Die Angaben im Anamnesebogen zur schulärztlichen Untersuchung dienen der Vorbereitung der Untersuchung. Das Ausfüllen des Fragebogens ist **freiwillig**. Ihre Mitarbeit ist wichtig für einen effizienten Ablauf, daher bitten wir Sie, den Bogen zur Untersuchung ausgefüllt mitzubringen. Während der schulärztlichen Untersuchung werden die schulelevanten Angaben und Themen persönlich besprochen.

	Einschulkind		Mutter/Vater/Eltern- teil 1	Mutter/Vater/Eltern- teil 2
Name, Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort / -land				
Staatsangehörigkeit bei Geburt				
In Deutschland seit:	--- --- --- --- --- --- Monat Jahr			
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)			Falls abweichend vom Kind!	Falls abweichend vom Kind!
Telefonnummer				
E-Mail-Adresse für Terminabsprachen				

weitere Angaben zum Kind

Geschlecht des Kindes	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers
Geschwister / Kinder im gleichen Haushalt (Geburtsjahr)	1. _____ 4. _____	2. _____ 5. _____	3. _____ 6. _____
Kinderärztin / Kinderarzt Hausärztin / Hausarzt			

Angaben zur Kindertagesstätte und Schule

Kindertagesstätte	seit: Monat / Jahr
Name:	
Integrationsplatz in der Kita	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Frühförderung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Kindersprachscreening KiSS	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Vorlaufkurs	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Zuständige Schule	

Familienvorgeschichte

Brillen-bzw. Kontaktlinsenträger:	<input type="checkbox"/>
Chron. Erkrankungen bzw. Behinderungen:	<input type="checkbox"/> (welche)

Entwicklung

Besonderheiten:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Geburtsgewicht:g
Schwangerschaftsdauer regelrecht:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Besonderheiten der Säuglings- u. Kleinkinder- zeit:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	

Erkrankungen / Unfälle

schwere Infektionskrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung) oder andere schwere Erkrankungen:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Allergien:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche)
Krankenhausaufenthalte / Operationen:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
in ärztlicher Behandlung wegen: regelmäßige Medikamenteneinnahme (Präparat und Dosierung):	

Fördermaßnahmen / Therapien / Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Sehstörung	<input type="checkbox"/> Brille seit:	<input type="checkbox"/> Schielbehandlung, Sehschule seit:
<input type="checkbox"/> Hörstörung	<input type="checkbox"/> Hörhilfen:	
<input type="checkbox"/> Sprachstörung	<input type="checkbox"/> Logopädie	von bis
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	von bis	<input type="checkbox"/> Kränkengymnastik
<input type="checkbox"/> Andere Fördermaßnahmen / Therapien (welche):	von bis	

Persönliche Besonderheiten (werden in einem persönlichen Gespräch vertraulich erörtert)

(z.B. Bewegungsunruhe, Konzentrationsschwäche, Ängstlichkeit, Ungeschicklichkeit, verzögerte Entwicklung, Einnässen, Einkoten):	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
--	---

Interessen / besondere Fähigkeiten / Stärken / Was macht ihr Kind besonders gern?

Sport im Verein:.....	Sonstiges:
Kann Ihr Kind schwimmen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hat Ihr Kind das „Seepferdchenabzeichen“? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ausgefüllt am: _____ Unterschrift Eltern / Personensorgeberechtigte: _____

Ich / wir erteile/-n eine Vollmacht für Frau / Herrn: _____ das o.g. Kind zur
Schuleingangsuntersuchung zu begleiten und entsprechende Informationen zur Untersuchung zu erhalten.
_____ Unterschrift