

Familiename des Kindes		Vorname		geboren am	Staatsangehörigkeit	Anzahl Geschwister
Muttersprache (Mutter/Vater)	Muttersprache (Mutter/Vater)	Anzahl Erwachsene im Haushalt	Krippen-/KITA/Kindergartenbesuch Dauer in Jahren _____			
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten						
Name(n) _____ Vorname(n) _____						
Straße, Nr. _____ PLZ _____ Wohnort _____						
Tel.-Nr. _____						
Schwangerschaft und Geburtsverlauf (Angaben im gelben Heft)						
Vollendete Schwangerschaftswochen: _____ SSW Geburtsgewicht: _____ Gramm <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt						
Entwicklung, Erkrankungen oder gesundheitl. Einschränkungen						
Aktuelle Größe in cm: _____ Aktuelles Gewicht in kg: _____						
Wurden bei Ihrem Kind jemals Entwicklungsverzögerungen festgestellt?					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Waren bei Ihrem Kind Sprachauffälligkeiten in der Entwicklung?					<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
Freies Laufen bis 18 Monate?					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kontakt mit der deutschen Sprache seit Geburt?					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn nicht seit Geburt Kontakt mit der deutschen Sprache, ab welchem Alter?					_____ Jahre	
Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf?					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatte Ihr Kind Windpocken?					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Brillenträger <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Behandlung/Kontrolle beim Augenarzt		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sehstörungen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Behandlung/Kontrolle beim Hals-Nasen-Ohren-Arzt		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schielbehandlung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwere Hörstörung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
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:		links _____ (Monat/Jahr)		rechts _____ (Monat/Jahr)		
<input type="checkbox"/> mit Cochlea-Implantat versorgt seit:		links _____ (Monat/Jahr)		rechts _____ (Monat/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"/> Diabetes mellitus (Typ1) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ2)						
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, Asthma, Epilepsie, u. a.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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. Z. noch <input type="checkbox"/> geplant				
Krankengymnastik		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> läuft z. Z. noch <input type="checkbox"/> geplant				
Frühförderung/Heilpädagogik/Ergotherapie		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> läuft z. Z. noch <input type="checkbox"/> geplant				
Kinderarzt/Hausarzt: _____ Telefon _____						

- Mit einem Informations-Austausch über das Untersuchungsergebnis mit dem Kindergarten bin ich **einverstanden**.
- Mit einem Informations-Austausch über das Untersuchungsergebnis mit dem Kindergarten bin ich **nicht einverstanden**, dadurch entsteht kein Nachteil für mein Kind.