

Hinweise zum Ausfüllen dieses Bogens:  
Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen ☒



**FRAGEBOGEN BITTE IN DAS GELBE HEFT LEGEN!**

Familiename des Kindes		Vorname		geboren am		Staatsangehörigkeit		Anzahl weiterer Geschwister			
Muttersprache (Mutter)		Muttersprache (Vater)		Anzahl Erwachsene im Haushalt		Krippe/KiGa <i>Dauer in Jahren</i>					
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten				Tel.-Nr.: .....							
<i>Vorname Name:</i>				<i>Vorname Name:</i>							
<i>Straße, PLZ, Ort:</i>				<i>Straße, PLZ, Ort:</i>							
<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			
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											
<b>Liegt oder lag bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen oder gesundheitliche Einschränkungen vor?</b>											
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 links ..... Monat/Jahr rechts ..... Monat/Jahr <input type="checkbox"/> mit Cochlea-Implantat versorgt seit links ..... Monat/Jahr rechts ..... Monat/Jahr									
Angeborene Stoffwechsel-/Hormonstörungen ( <i>nur ärztl. diagnostizierte</i> ): <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ( <i>Welche?</i> ):											
<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	
Sonstige chronische Erkrankungen:				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ( <i>Welche?</i> ): .....							
Schwere Behinderung:				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ( <i>Welche?</i> ): .....							
Regelmäßig einzunehmende Medikamente:				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ( <i>Welche?</i> ): .....							
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? .....											
<b>Hat Ihr Kind jemals Fördermaßnahmen oder Behandlungen erhalten?</b>											
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: .....											

### **Einverständniserklärung**

Hiermit entbinde/n ich/wir die Mitarbeiter folgender Einrichtungen von Ihrer Schweigepflicht:

- Name und Anschrift des Kindergartens:

---

---

---

- durchführende Fachkraft der Sozialmedizin vom Gesundheitsamt Starnberg.

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass

- pädiatrische Mitarbeiter/innen des Kindergartens an der Schuleingangsuntersuchung teilnehmen dürfen; falls nötig
- erforderliche Auskünfte, die mein Kind betreffen, ausgetauscht werden dürfen.

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

---

Ort, Datum

Unterschrift der oder eines Personensorgeberechtigten