

## Angaben für die schulärztliche Untersuchung

Die Angaben im Anamnesebogen zur schulärztlichen Untersuchung dienen der Vorbereitung der Untersuchung. Ihre Mitarbeit ist gesetzlich vorgeschrieben und wichtig für einen effizienten Ablauf der Untersuchung. Daher bitten wir Sie, den Bogen zur Untersuchung ausgefüllt mitzubringen. Während der schulärztlichen Untersuchung werden die schulrelevanten Angaben und Themen persönlich besprochen.

	Einschulkind	Mutter / Sorgeberechtigte	Vater / Sorgeberechtigte
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsland			
In Deutschland seit <b>Monat/Jahr</b>			
Staatsangehörigkeit <b>bei Geburt</b>			
Adresse		Falls abweichend vom Kind!	Falls abweichend vom Kind!
Telefonnummer			
E-Mail-Adresse			

### Weitere Angaben zum Kind

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

### Angaben zu Kindertagesstätte und Schule

Kindergartenbesuch bis Schulstart:	<input type="checkbox"/> weniger als 18 Monate <input type="checkbox"/> 18 Monate – 3 Jahre <input type="checkbox"/> länger als 3 Jahre <input type="checkbox"/> Nein
Name Kindertagesstätte:	
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"/>

### Familienvorgeschichte (Eltern / Personensorgeberechtigte / Geschwister des Kindes) - freiwillige Angabe -

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

### Entwicklung - freiwillige Angabe -

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

### Erkrankungen / Unfälle

Schwere Infektionskrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung) oder andere schwere Erkrankungen:  nein  ja, welche:

Masern  Asthma  Neurodermitis  Krupphusten  Windpocken

Herzfehler  Diabetes  Anfallsleiden  andere: \_\_\_\_\_

Allergien:  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

In ärztlicher Behandlung wegen: \_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Präparat und Dosierung): \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalte / Operationen: nein  ja

### 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"/> Krankengymnastik	von _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Andere Fördermaßnahmen / Therapien (welche): _____		

### Gesundheits- und Entwicklungsprobleme

<input type="checkbox"/> Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/> Wahrnehmungsstörung	<input type="checkbox"/> Bewegungsunruhe
<input type="checkbox"/> Ungeschicklichkeit	<input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche	<input type="checkbox"/> verzögerte Entwicklung
<input type="checkbox"/> oft Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> oft Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen
<input type="checkbox"/> oft Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/> Einnässen	<input type="checkbox"/> Einkoten
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____		

### Interessen / besondere Fähigkeiten / Stärken / Was macht Ihr Kind besonders gern?

\_\_\_\_\_

Sport im Verein: \_\_\_\_\_ Sonstiges: \_\_\_\_\_

Kann Ihr Kind schwimmen?  ja  nein

Hat Ihr Kind das Seepferdchen-Abzeichen?  ja  nein

Oder ein anderes Schwimmabzeichen, wenn ja welches? \_\_\_\_\_

Kann Ihr Kind **ohne** Stützräder Fahrrad fahren?  ja  nein

Musikalische Förderung? (Musikschule, Kinderchor, o.ä....)  ja  nein

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

Unterschrift Eltern / Personensorgeberechtigte: \_\_\_\_\_