

Angaben zum Kind		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:		
Kindergarten:	Kindergartenbesuch von 20 bis 20	
Voraussichtliche Schule:	Kinderarzt:	
Geschwister des Kindes mit Geburtsjahr:		
Wie viele Kinder leben aktuell insgesamt in Ihrem Haushalt? (Einschulkind bitte mitzählen)		

Angaben zur Mutter / 1. Erziehungsberechtigte/r		Angaben zum Vater / 2. Erziehungsberechtigte/r	
Name:			
Vorname:			
Adresse:			
Telefon:			
Email:			

Schwangerschaft und Geburt

Schwangerschaftsverlauf:

☐ ohne Probleme ☐ mit Problemen

Geburt in der _____ Schwangerschaftswoche

☐ Normalgeburt ☐ Frühgeburt ☐ Kaiserschnitt ☐ Mehrling

Geburtsgewicht: _____ g, Geburtsgröße: _____ cm Apgar: ____ / ____ / ____

☐ sonstige Besonderheiten/Probleme bei oder nach der Geburt:

Entwicklung

frei sitzen mit _____ Monaten

frei laufen mit _____ Monaten

erste Worte mit _____ Monaten

kleine Sätze sprechen mit _____ Monaten

tags sauber mit _____ Monaten

nachts sauber mit _____ Monaten

☐ nachts noch nicht sauber

Verhaltensprobleme im Kindergarten oder Zuhause

☐ aggressiv ☐ sehr unkonzentriert ☐ sehr unruhig

☐ kann sich schlecht einordnen ☐ auffallend still oder ängstlich

☐ andere: _____

Therapien

☐ Krankengymnastik von _____ bis _____

☐ Interdisziplinäre Frühförderung (IFF) von _____ bis _____

☐ Logopädische Behandlung von _____ bis _____

☐ Ergotherapie von _____ bis _____

☐ Heilpädagogik von _____ bis _____

☐ psychologisch/psychiatrische Untersuchung /SPZ: _____

☐ spezielle Untersuchungen (EEG, CT, etc.): _____

Durchgemachte Infektionskrankheiten

☐ Masern ☐ Windpocken ☐ Hirnhautentzündung

☐ Mumps ☐ Keuchhusten ☐ Tuberkulose

☐ Röteln ☐ Scharlach ☐ Hepatitis

Krankenhausaufenthalte, Operationen, Kuraufenthalte

Unfälle

Ist bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

☐ Asthma bronchiale	☐ häufige Mittelohrentzündungen
☐ chronische Bronchitis	☐ häufig Atmen mit geöffnetem Mund
☐ Zuckerkrankheit	☐ häufig Schlafen mit geöffnetem Mund
☐ Herzerkrankung	☐ häufiger oder andauernder Schnupfen
☐ Hüft- oder andere Gelenkerkrankung	☐ Schlafstörungen
☐ Gehirnbrüche (Epilepsie)	☐ War Ihr Kind in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?
☐ Allergien oder Unverträglichkeiten	Wenn ja, weswegen?
☐ Neurodermitis bzw. Ekzem	
☐ andere Erkrankung:	

Allergische Erkrankungen

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten gleichzeitig mit Niesanfällen eine laufende, verstopfte oder juckende Nase und/oder auch tränende, gerötete, juckende Augen, obwohl es nicht erkältet war?		☐ 1 ja ☐ 0 nein
War Ihr Kind durch diese Beschwerden in den letzten 12 Monaten bei seinen Aktivitäten eingeschränkt?		☐ 1 nein ☐ 2 wenig ☐ 3 mittelstark ☐ 4 stark
Welche Einschränkungen waren das?		
Ist Ihr Kind wegen eines allergischen Schnupfens (Heuschnupfen) in ärztlicher Behandlung?		☐ 1 ja ☐ 0 nein
Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten pfeifende oder keuchende Geräusche beim Atmen?		
Ist Ihr Kind in den letzten 12 Monaten wegen pfeifender oder keuchender Atmung nachts aufgewacht?		☐ 1 ja ☐ 0 nein
Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten pfeifende oder keuchende Atemgeräusche während oder nach körperlicher Anstrengung?		☐ 1 ja ☐ 0 nein
War Ihr Kind durch die Atembeschwerden in den letzten 12 Monaten bei seinen Aktivitäten eingeschränkt?		☐ 1 nein ☐ 2 wenig ☐ 3 mittelstark ☐ 4 stark
Welche Einschränkungen waren das?		
Ist Ihr Kind wegen Asthma bronchiale in ärztlicher Behandlung?		☐ 1 ja ☐ 0 nein
Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten einen juckenden Hautausschlag, z. B. in den Ellenbeugen oder Kniekehlen, an Hand- oder Fußgelenk, im Gesicht oder am Hals, der wiederholt auftrat?		
Ist Ihr Kind wegen Neurodermitis (atopisches Ekzem, endogenes Ekzem) in ärztlicher Behandlung?		☐ 1 ja ☐ 0 nein

Erfassung der Nationalität

Um gesundheitliche Ungleichheiten zu erkennen und ihnen entgegen zu wirken, ist die Erfassung des Migrationshintergrundes von zentraler Bedeutung. Auch für die Identifikation von Zielgruppen, beispielsweise für Gesundheitsprojekte, ist der Migrationshintergrund eine wichtige Variable.
 Bitte beantworten Sie hierzu folgende Fragen:

In welchem Land wurden Sie geboren?		
Mutter:	☐ Deutschland	☐ anderes Land:
Vater:	☐ Deutschland	☐ anderes Land:
Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?		
Mutter:	☐ Deutsch	☐ andere:
Vater:	☐ Deutsch	☐ andere:
Kind:	☐ Deutsch	☐ andere:
Wurde Ihr Kind in Deutschland geboren?		☐ ja ☐ nein