

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 mitgezählt)?		

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	☐ Hatte Ihr Kind häufiger Mittelohrentzündung?
☐ chronische Bronchitis	☐ Atmet Ihr Kind häufig bei geöffnetem Mund?
☐ Zuckerkrankheit	☐ Schläft es fast immer mit geöffnetem Mund?
☐ Herzerkrankung	☐ Neigt es zu häufigem oder andauerndem Schnupfen?
☐ Hüft- oder andere Gelenkerkrankung	☐ Hat Ihr Kind Schlafstörungen?
☐ Gehirnrämpfe (Epilepsie)	☐ War Ihr Kind in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?
☐ Allergien oder Unverträglichkeiten	Wenn ja, weswegen?
☐ Neurodermitis bzw. Ekzem	
☐ andere Erkrankung:	

Bitte wenden 

Allergische Erkrankungen

Allergischer Schnupfen

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 ② 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 ② nein

Asthma bronchiale

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten pfeifende oder keuchende Geräusche beim Atmen? ① ja ② nein

Ist Ihr Kind in den letzten 12 Monaten wegen pfeifender oder keuchender Atmung nachts aufgewacht? ① ja ② nein

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten pfeifende oder keuchende Atemgeräusche während oder nach körperlicher Anstrengung? ① ja ② 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 ② nein

Allergische Hauterkrankung

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? ① ja ② nein

Ist Ihr Kind wegen Neurodermitis (atopisches Ekzem, endogenes Ekzem) in ärztlicher Behandlung? ① ja ② 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