

Angaben zum Kind

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:		
Geburtsland:	Staatsangehörigkeit:	
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:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsland:	Geburtsland:
Staatsangehörigkeit:	Staatsangehörigkeit:
Adresse:	Adresse:
Telefon:	Telefon:
Email:	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	krabbeln 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
☐ Gehirnkämpfe (Epilepsie)	
☐ Allergien oder Unverträglichkeiten	☐ War Ihr Kind in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weswegen?
☐ Neurodermitis bzw. Ekzem	
☐ andre Erkrankung:	

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?	☐ ja ☐ nein
War Ihr Kind durch diese Beschwerden in den letzten 12 Monaten bei seinen Aktivitäten eingeschränkt? Welche Einschränkungen waren das?	☐ nein ☐ wenig ☐ mittelstark ☐ stark
Ist Ihr Kind wegen eines allergischen Schnupfens (Heuschnupfen) in ärztlicher Behandlung?	☐ ja ☐ nein
Asthma bronchiale	
Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten pfeifende oder keuchende Geräusche beim Atmen?	☐ ja ☐ nein
Ist Ihr Kind in den letzten 12 Monaten wegen pfeifender oder keuchender Atmung nachts aufgewacht?	☐ ja ☐ nein
Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten pfeifende oder keuchende Atemgeräusche während oder nach körperlicher Anstrengung?	☐ ja ☐ nein
War Ihr Kind durch die Atembeschwerden in den letzten 12 Monaten bei seinen Aktivitäten eingeschränkt? Welche Einschränkungen waren das?	☐ nein ☐ wenig ☐ mittelstark ☐ stark
Ist Ihr Kind wegen Asthma bronchiale in ärztlicher Behandlung?	☐ ja ☐ nein
Allergische Hauterkrankung	
Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten einen juckenden Hautausschlag, z. B. in den Ellenbeugen oder Kniebeugen, an Hand- oder Fußgelenk, im Gesicht oder am Hals, der wiederholt auftrat?	☐ ja ☐ nein
Ist Ihr Kind wegen Neurodermitis (atopisches Ekzem, endogenes Ekzem) in ärztlicher Behandlung?	☐ ja ☐ nein