Angaben für den Schularzt/die Schulärztin
VERTRAULICH ! **Die Angaben erfolgen freiwillig!**

Angaben zum Kind		
Name:	*Vorname:*	*Geburtsdatum:*
Adresse:		
Kindergarten:		*Kindergartenbesuch: 20…… bis 20……*
Voraussichtliche Schule:		*Kinderarzt:*
Geburtsjahre der Geschwisterkinder:		
Wie viele Kinder leben insgesamt in Ihrem Haushalt (einschließlich des untersuchten Kindes)?		

	Angaben zur Mutter	**Angaben zum Vater**
Name:		
Vorname:		
Geburtsland:		
Staatsangehörigkeit:		
Adresse:		
Telefon:		
Email:		

Krankheiten bei Großeltern, Eltern oder Geschwistern:

☐ Ekzem ☐ Asthma ☐ Zuckerkrankheit
☐ Tuberkulose ☐ Krampfleiden
☐ sonstige schwere Erkrankungen .....
☐ Behinderungen …….....

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.....

…….....

Säuglingszeit:

☐ unauffällig ☐ auffallend unruhig ☐ auffallend ruhig
☐ Trinkstörungen gestillt ? ☐ ja, …… Monate ☐ nein
☐ Krankengymnastik
☐ längere Krankenhausaufenthalte wegen .....
☐ sontiges

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 zu Hause:

☐ aggressiv ☐ sehr unkonzentriert ☐ sehr unruhig
☐ kann sich schlecht einordnen ☐ auffallend still oder ängstlich

☐ andere .....

Therapien:

☐ Krankengymnastik von.....bis.....
☐ Logopädische Behandlung von.....bis.....
☐ Ergotherapie von.....bis.....
☐ Heilpädagogik von.....bis.....
☐ Psychologisch/Psychiatrische Untersuchung
oder SPZ.....
☐ Spezielle Untersuchung (EEG, CT, etc....)

.....

Durchgemachte Infektions-Krankheiten:

☐ Masern ☐ Windpocken ☐ Gehirnhautentzündung
☐ Mumps ☐ Keuchhusten ☐ Tuberkulose
☐ Röteln ☐ Scharlach ☐ Hepatitis (infektiöse Gelbsucht)

Andere Erkrankungen:

☐ Zuckerkrankheit ☐ Epilepsie ☐ Herzerkrankungen
☐ Neurodermitis ☐ Asthma ☐ Heuschnupfen
☐ häufig Bronchitis ☐ häufig eitrige Mandelentzündungen
☐ häufige Mittelohrentzündungen ☐ Nieren- bzw. Harnwegserkrankungen
☐ orthopädische Erkrankungen bzw. Behandlung:
☐ Allergien gegen: …….

Medikamenteneinnahme:

☐ nur bei Bedarf (z.B. Erkältungen)
☐ regelmäßig, und zwar: …….

Krankenhausaufenthalte, Operationen, Kuraufenthalte:

.....

Unfälle:.....

Allgemeine Angaben zur Gesundheit des Kindes:

Allgemeinbefinden	☐ gut	☐ missgelaunt	☐ müde	☐ depressiv	☐ lustlos	☐ ängstlich

Appetit	☐ normal	☐ gesteigert	☐ verringert
Durst	☐ normal	☐ gesteigert; Menge in Liter pro Tag:	☐ verringert
Übelkeit/Erbrechen	☐ keines	☐ regelmäßig	☐ morgens, nüchtern
Gewichtsentwicklung	☐ normal	☐ stark abgenommen; …… kg abgenommen	☐ stark zugenommen; …… kg zugenommen
Wasserlassen	☐ normal	☐ nächtliches Einnässen ☐ Einnässen tagsüber	☐ jede Nacht ☐ nur ab und zu ☐ täglich ☐ nur ab und zu
Stuhlgang	☐ normal ☐ sonstige Auffälligkeiten (Durchfall, Blut, Verstopfung)	☐ Einkoten …….	☐ regelmäßig ☐ selten
Schmerzen	☐ keine	☐ Kopfschmerzen ☐ andere……..…..……	☐ Bauchschmerzen
Schlaf	☐ regelrecht	☐ Einschlafstörungen	☐ Durchschlafstörungen
Verhaltensauffälligkeiten	☐ keine ☐ Nägelkauen ☐ Stimmungslabilität ☐ „Klassenclown“ ☐ häufig Streitigkeiten mit anderen Kindern ☐ sonstige…….	☐ Aggressionen ☐ ständig in Bewegung ☐ leicht ablenkbar ☐ hat seine Gefühle nicht unter Kontrolle	☐ Geltungssucht ☐ Lügen ☐ konzentrationsschwach ☐ Tagträumerei
Tagesablauf	☐ geregelte Mahlzeiten und Schlafenszeiten ☐ Medienkonsum: ca. ……. Stunden pro Tag	☐ ungeregelt wegen ……..……	
Sport	☐ nein	☐ gelegentlich ☐ Sportart…….	☐ regelmäßig / im Verein