

Die Angaben im Anamnesebogen zur schulärztlichen Untersuchung dienen der Vorbereitung der Untersuchung. Das Ausfüllen des Fragebogens ist freiwillig. Ihre Mitarbeit ist wichtig für einen effizienten Ablauf, daher bitten wir Sie, den Bogen zur Untersuchung ausgefüllt mitzubringen. Während der schulärztlichen Untersuchung werden die schulrelevanten Angaben und Themen persönlich besprochen.

	Einschulkind		Mutter/Vater/ Elternteil 1	Mutter/Vater/Elternteil 2
Name, Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort / -land				
Staatsangehörigkeit bei Geburt				
In Deutschland seit:	_ _ 20 _ _ Monat Jahr			
Adresse			Falls abweichend vom Kind!	Falls abweichend vom Kind!
Telefonnummer				
E-Mail-Adresse für Terminabsprachen				

Weitere Angaben zum Kind

Geschlecht des Kindes weiblich männlich divers keine Angabe
 Kinder im gleichen Haushalt (Geburtsjahr) 1. _____ 2. _____ 3. _____
 4. _____ 5. _____ 6. _____

Kinderärztin / Kinderarzt
 Hausärztin / Hausarzt

Angaben zu Kindertagesstätte und Schule

Kindertagesstätte Name: _____ Seit: Monat / Jahr
 Integrationsplatz in der Kita nein ja Frühförderung nein ja
 Kindersprachscreening KiSS nein ja Vorlaufkurs nein ja
Ich bin damit einverstanden, dass die KiSS-Unterlagen in der Einschulungsuntersuchung eingesehen werden. nein ja
 Zuständige Schule _____

Familienvorgeschichte (Eltern / Personensorgeberechtigte / Geschwister des Kindes)

Brillen-bzw. Kontaktlinsenträger:
 Chron. Erkrankungen bzw. Behinderungen: (welche)

Entwicklung

Besonderheiten: nein ja Geburtsgewicht: _____ g
 Schwangerschaftsdauer regelrecht: nein ja
 Besonderheiten der Säuglings- und Kleinkinderzeit: nein ja

Fragen zur Zahngesundheit:
 Wie oft wird geputzt? _____ x tägl. Wird nachgeputzt? nein ja
 Elektrische Zahnbürste: nein ja Fluoridhaltige Zahnpasta: nein ja

Erkrankungen / Unfälle

Schwere Infektionskrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung) oder andere schwere Erkrankungen: nein ja
 Allergien: nein ja (welche)
 Krankenhausaufenthalte / Operationen: nein ja

In ärztlicher Behandlung wegen:
 Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Präparat und Dosierung):

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 _____	

Andere Fördermaßnahmen / Therapien (welche): _____

Persönliche Besonderheiten (werden in einem persönlichen Gespräch vertraulich erörtert)

(z.B. Bewegungsunruhe, Konzentrationsschwäche, Ängstlichkeit, Ungeschicklichkeit, Verzögerte Entwicklung, Einnässen, Einkoten):
 nein ja

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

Sport im Verein:..... Sonstiges:.....
 Kann Ihr Kind schwimmen? ja nein (z.B. Fahrradfahren, Rollerfahren, Schlittschuhlaufen, Klettern, Fußball, o.Ä.)
 Hat Ihr Kind das Seepferdchen Abzeichen? ja nein
 Medienkonsum (Handy, Tablet, Spielekonsole, TV) wenig (unter 30min/tägl.) mittel (30 bis 90min/tägl.) viel (über 90min/tägl.)

Ausgefüllt am: _____ Unterschrift Eltern /Personensorgeberechtigte: _____