

## Vertrauliche Angaben für die Schulärztin / den Schularzt!

	Kind				Vater				Mutter	
Name										
Vorname										
Geburtsdatum					Geburtsland				Geburtsland	
Geburtsort					Wohnort				Straße	
Schule					Telefon					
Kindergarten					Wie lange hat Ihr Kind bis jetzt einen Kindergarten / eine Kindertagesstätte besucht? .....Jahre .....Monate					
Geschwister im Haushalt	J / M	J / M	J / M	J / M	J / M	J / M	J / M	J / M	J / M	J = Junge
Geburtsjahr	19....	20....	20....	20....	20....	20....	20....	20....	20....	M = Mädchen
<b>Schwangerschaft und Geburtsverlauf:</b> Geburtsgewicht: ..... g; <input type="checkbox"/> Frühgeburt (< 37. SSW) <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft: ..... <input type="checkbox"/> sonstige Besonderheiten:										
<b>Stillen:</b> Wurde Ihr Kind gestillt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Möchte/kann ich nicht beantworten Wenn Ihr Kind gestillt wurde, wie lange dauerte die Stillzeit insgesamt? <input type="checkbox"/> Mein Kind war weniger als 3 Wochen alt, als es abgestillt wurde <input type="checkbox"/> Mein Kind war ..... Monate alt, als es abgestillt wurde. <input type="checkbox"/> Möchte/kann ich nicht beantworten										
<b>Entwicklung des Kindes:</b> frei laufen mit ..... Monaten; tags und nachts sauber mit ..... Jahren, kleine Sätze sprechen mit ..... Jahren Welche Sprache wurde in den <b>ersten vier Lebensjahren</b> zu Hause mit dem Kind überwiegend gesprochen? <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> andere Sprache, welche:										
<b>Gesundheitliche Besonderheiten/durchgemachte Erkrankungen des Kindes:</b> <input type="checkbox"/> Windpocken: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Leidet Ihr Kind unter einer chronischen Erkrankung oder anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: ..... <input type="checkbox"/> häufige Mittelohr- oder Mandelentzündungen <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen/Neurodermitis <input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> häufige Bronchitis/Asthma <input type="checkbox"/> derzeitige ärztliche Behandlung:										
Nimmt Ihr Kind Medikamente oder hat es für Notfälle ein Medikament ärztlich verordnet bekommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:										
Teilnahme an: <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> heilpädagogische Förderung <input type="checkbox"/> Psychomotorik <input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Integration im Kindergarten										
Besucht Ihr Kind (Zutreffendes bitte ankreuzen) <b>Sportverein</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Schwimmkurs</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Musikschule/Chor</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Sonstiges:</b> Wird ihrem Kind täglich vorgelesen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nutzung von Fernseher/Computer/Tablet am Tag insgesamt: <input type="checkbox"/> 0 – 30 Min. <input type="checkbox"/> 30 – 60 Min. <input type="checkbox"/> 1 – 2 Stunden <input type="checkbox"/> mehr als 2 Stunden Haben Sie weitere Fragen oder Hinweise für die untersuchende Ärztin/den untersuchenden Arzt?										