

ANAMNESEBOGEN
zur schulärztlichen Untersuchung

ANGABEN ZUM EINSCHULKIND

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort / -land	
Staatsangehörigkeit bei Geburt	
In Deutschland seit (Monat / Jahr)	20 Monat Jahr
Adresse	

ANGABEN ZU DEN ELTERN

	Mutter / Vater / Elternteil 1	Mutter / Vater / Elternteil 2
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort / -land		
Staatsangehörigkeit bei Geburt		
In Deutschland seit (Monat / Jahr)		
Adresse (falls abweichend vom Kind!)		
Telefonnummer		
E-Mail-Adresse für Terminabsprachen		

WEITERE ANGABEN ZUM KIND

Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ keine Angabe
Kinder im gleichen Haushalt (Geburtsjahr):	1. 20 2. 20 3. 20
	4. 20 5. 20 6. 20
Kinderärztin / Kinderarzt	
Hausärztin / Hausarzt	

ANGABEN ZU KINDERTAGESSTÄTTE / SCHULE

Name der Kindertagesstätte			
Besuch seit (Monat / Jahr)	20 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- oder Kontaktlinsenträger in der Familie

☐ nein ☐ ja

Chronische Erkrankungen / Behinderungen

☐ nein ☐ ja (welche)**ENTWICKLUNG**

Besonderheiten

☐ nein ☐ ja (welche)

Schwangerschaft regelrecht

☐ nein ☐ ja

Geburtsgewicht

|_|_|||_|_| g

Besonderheiten der Säuglings- und Kleinkindzeit

☐ nein ☐ ja (welche)**ZAHNGESUNDHEIT**

Wie oft wird geputzt?

|_|_| x täglich

Wird nachgeputzt?

☐ nein ☐ ja

Elektrische Zahnbürste

☐ nein ☐ ja

Fluoridhaltige Zahnpasta

☐ nein ☐ ja

Zur Kontrolle beim Zahnarzt

|_|_| x jährlich

ERKRANKUNGEN / UNFÄLLE

Schwere Infektionskrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung) oder andere schwere Erkrankungen

☐ nein ☐ ja (welche)

Allergien

☐ nein ☐ ja (welche)

Krankenhausaufenthalte / Operationen

☐ nein ☐ ja (welche)

In ärztlicher Behandlung wegen

Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Präparat und Dosierung)

FÖRDERMASSNAHMEN / THERAPIEN / HILFSMITTEL☐ Sehstörung☐ Brille seit☐ Schielbehandlung / Sehschule seit☐ Hörstörung☐ Hörhilfen☐ Sprachstörung☐ Logopädie von / bis☐ Ergotherapie von / bis☐ Krankengymnastik von / bis☐ Andere Fördermaßnahmen / Therapien (welche):**PERSÖNLICHE BESONDERHEITEN (warden in einem persönlichen Gespräch vertraulich erörtert)**

z.B. Bewegungsunruhe, Konzentrationsschwäche, Ängstlichkeit, Ungeschicklichkeit, Entwicklungsverzögerung, Einnässen, Einkoten

☐ ja

wenn ja, welche:

☐ nein**INTERESSEN / BESONDERE FÄHIGKEITEN / STÄRKEN / Was macht Ihr Kind besonders gern?**

Sport im Verein

Sonstiges (z.B. Fahrradfahren, Rollerfahren, Schlittschuhlaufen, Klettern, Fußball, o.Ä.)

Kann ihr Kind schwimmen?

☐ nein ☐ ja

Seepferdchen Abzeichen

☐ nein ☐ ja

Wie lange sieht Ihr Kind pro Tag Fernsehen, Videos, Streaming oder spielt mit Spielekonsole, Smartphone oder anderen Bildschirmmedien?

unter der Woche: ☐ gar nicht ☐ < als 30 Min. ☐ bis 1 h ☐ bis 2 h ☐ bis 3 h ☐ > 3 h☐ überwiegend begleitet ☐ überwiegend alleineam Wochenende: ☐ gar nicht ☐ < als 30 Min. ☐ bis 1 h ☐ bis 2 h ☐ bis 3 h ☐ > 3 h☐ Handy/Tablet/Konsole ☐ TV-/PC-Bildschirm

Ausgefüllt am

Unterschrift Eltern / Personensorgeberechtigte