

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 Einschulungsunter- suchung eingesehen werden.			☐ nein ☐ ja
Zuständige Schule			

FAMILIENVORGESCHICHTE (Eltern / Personensorgeberechtigte / Geschwister des Kindes)Brillen- oder Kontaktlinsenträger in der Familie ☐ nein ☐ jaChronische 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 ☐ jaElektrische Zahnbürste ☐ nein ☐ ja

Fluoridhaltige Zahnpasta

☐ nein ☐ ja

Zur Kontrolle beim Zahnarzt |_|_| x jährlich

ERKRANKUNGEN / UNFÄLLESchwere 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

1



Ausgefüllt am

Unterschrift Eltern / Personensorgeberechtigte

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.