

Einschulkind	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Staatsangehörigkeit bei der Geburt	
In Deutschland seit:	Monat: Jahr:
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)	
zuständige Schule	
Kindergarten (Name, Aufnahmedatum)	
Kiss/ Sprachscreening in der Kita	Ja Nein
Kinder-/Hausarzt	

Vater / Elternteil 2		Mutter / Elternteil 1	
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Staatsangehörigkeit bei der Geburt			
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.)	siehe Kind <input type="checkbox"/>	siehe Kind <input type="checkbox"/>	
Email-Adresse			
Telefon			
Beruf (freiwillige Angabe)			
Geschwister des Kindes (Geburtsjahr)	1.	2.	3.
	4.	5.	6.
			7.

Ich bin damit einverstanden, dass die Unterlagen vom Sprachscreening in der Einschulungsuntersuchung eingesehen werden:
ja nein

Familienvorgeschichte (Eltern oder Geschwister des Kindes)

Brillen-/ Kontaktlinsenträger, OP, Gelasert <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/>
Chron. Erkrankungen/ bzw. Behinderungen <input type="checkbox"/> welche	

Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung

Geburtsgewicht: g	Besonderheiten der Säuglings- u. Kleinkinderzeit: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche) :
Probleme während der Schwangerschaft/Geburt Welche?	

Erkrankungen / Unfälle (Zutreffendes ankreuzen bzw. beschreiben)

Windpocken: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	Schwere Infektionskrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung):
Andere schwere Erkrankungen:	
Unfälle:	
Krankenhausaufenthalte, Operationen:	
Oft in ärztlicher Behandlung wegen:	
Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Präparat und Dosierung):	

Fördermaßnahmen und Hilfsmittel

Sehstörung <input type="checkbox"/>	Brille seit: Schielbehandlung, Sehschule seit:
Hörstörung <input type="checkbox"/>	Hörhilfen:
Sprachstörung <input type="checkbox"/>	Sprachtherapie von bis
Andere Fördermaßnahmen / Therapien (welche):	
Psychomotorik von bis	Ergotherapie von bis

Persönliche Besonderheiten

Bewegungsunruhe <input type="checkbox"/>	Konzentrationsschwäche <input type="checkbox"/>	Ängstlichkeit <input type="checkbox"/>	Ungeschicklichkeit <input type="checkbox"/>
Verzögerte Entwicklung <input type="checkbox"/>	Einnässen/Einkoten <input type="checkbox"/>	Sonstiges:	

Eingliederungshilfen

Integrationsplatz im Kindergarten von bis	Frühförderung von bis bei
--	--

Interessen, besondere Fähigkeiten, Stärken:	
Sport im Verein:.....	Sonstiges:.....
Kann Ihr Kind schwimmen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hat Ihr Kind das Seepferdchenabzeichen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Medienkonsum (Handy, Tablet, Spielekonsole, TV) <input type="checkbox"/> wenig (unter 30min/tägl.) <input type="checkbox"/> mittel (30 bis 90min/tägl.) <input type="checkbox"/> viel (über 90min/tägl.)	

Alle Angaben sind freiwillig

Ausgefüllt am: _____ Unterschrift Eltern / Personenberechtigte: _____