

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:                | <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div> <div>20</div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>Monat</div> <div>Jahr</div> </div> |  | Beruf:                     | Beruf:                     |
| 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:
 

Zur Kontrolle beim Zahnarzt:
 

x jährlich

Wie oft wird geputzt?
 

x täglich

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                             | <input type="checkbox"/> Krankengymnastik von | bis                                                        |
| <input type="checkbox"/> 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?
 

☐ nein ☐ ja
 (z.B. Fahrradfahren, Rollerfahren, Schlittschuhlaufen, Klettern, Fußball, o.Ä.)

Hat Ihr Kind das Seepferdchen Abzeichen?
 

☐ nein ☐ ja

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

unter der Woche:
 

☐ gar nicht
 ☐ weniger als 30min
 ☐ bis 1h
 ☐ bis 2h
 ☐ bis 3h
 ☐ über 3h

☐ überwiegend begleitet
 ☐ überwiegend alleine

am Wochenende:
 

☐ gar nicht
 ☐ weniger als 30min
 ☐ bis 1h
 ☐ bis 2h
 ☐ bis 3h
 ☐ über 3h
 ☐ Handy/Tablet/Handheld-Konsole
 ☐ TV-/PC-Bildschirm

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_ Unterschrift Eltern /Personensorgeberechtigte: \_\_\_\_\_