

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?JahreMonate		
Geschwister im Haushalt	Geburtsjahr: 19.... 19.... 20.... 20.... 20.... 20.... 20.... 20.... 20.... 20....			
Schwangerschaft und Geburtsverlauf: Geburtsgewicht: _____ g; • Frühgeburt (< 37. SSW) • Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft: _____ • sonstige Besonderheiten: _____				
Stillen: Haben Sie Ihr Kind gestillt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja möchte/kann ich nicht beantworten <input type="checkbox"/> Wann haben Sie mit dem Stillen aufgehört? Mein Kind war 0 - 4 Wochen alt <input type="checkbox"/> war _____ Monate alt <input type="checkbox"/> möchte/kann ich nicht beantworten <input type="checkbox"/>				
Entwicklung des Kindes: frei laufen mit..... Monaten; tags und nachts sauber mit..... Jahren, kleine Sätze sprechen mit Jahren Welche Sprache wurde in den <u>ersten vier Lebensjahren</u> zu Hause mit dem Kind überwiegend gesprochen? • Deutsch • andere Sprache, welche: _____				
Gesundheitliche Besonderheiten /durchgemachte Erkrankungen Windpocken: • ja <input type="checkbox"/> • nein <input type="checkbox"/> Leidet Ihr Kind unter einer chronischen Erkrankung oder anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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"/> Integrationsplatz im Kindergarten			
Besucht Ihr Kind (Zutreffendes bitte ankreuzen) <u>Sportverein</u> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <u>Schwimmkurs</u> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <u>Musikschule / Chor</u> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <u>Sonstiges:</u> Wird Ihrem Kind täglich vorgelesen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Nutzung von Fernseher/Computer/Tablet am Tag insgesamt: 0 - 30 Min. <input type="checkbox"/> 30 - 60 Min. <input type="checkbox"/> 1 - 2 Std. <input type="checkbox"/> mehr als 2 Std. <input type="checkbox"/> Haben Sie weitere Fragen oder Hinweise für die untersuchende Ärztin?				