

- Elternfragebogen -

**Wichtige Angaben für die schulärztliche Untersuchung**

	Kind	Mutter	Vater
Familienname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsland			
Staatsangehörigkeit <b>bei Geburt</b>			
<b>Adresse</b>		Adresse falls abweichend	Adresse falls abweichend
PLZ/Wohnort			
Straße			
	<b>Telefon (Festnetz)</b>		
	<b>Handy Nummer</b>		
Anzahl Geschwister	Keine <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>		
<b>Angemeldete Schule</b>			
Besucht Vorlaufkurs	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Kinderarzt/Hausarzt			
Facharzt			
<b>Krippe Name:</b>			
Krippe Adresse:			
<b>Aufnahmedatum Krippe:</b>			
Krippen Platz: <input type="checkbox"/> ½ Tagesplatz	Uhrzeit von:		Uhrzeit bis:
Krippen Platz: <input type="checkbox"/> 2/3 Tagesplatz	Uhrzeit von:		Uhrzeit bis:
Krippen Platz: <input type="checkbox"/> Ganztagsplatz	Uhrzeit von:		Uhrzeit bis:
<b>Kindergarten Name:</b>			
Kindergarten Adresse:			
<b>Aufnahmedatum Kindergarten:</b>			
Kindergartenplatz:			
Kindergartenplatz: <input type="checkbox"/> ½ Tagesplatz	Uhrzeit von:		Uhrzeit von:
Kindergartenplatz: <input type="checkbox"/> 2/3 Tagesplatz	Uhrzeit von:		Uhrzeit von:
Kindergartenplatz: <input type="checkbox"/> 1/1 Ganztagsplatz	Uhrzeit von:		Uhrzeit von:
Teilnahme am KISS Programm <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
<b>Kinderkrankheiten/Andere Krankheiten</b>			
<input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Röteln			
<input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Andere:			
<b>Gesundheits- und Entwicklungsprobleme des Kindes</b>			
<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Bronchitis <input type="checkbox"/> Krupphusten <input type="checkbox"/> Allergischer Schnupfen <input type="checkbox"/> Ekzem <input type="checkbox"/> Allergie			
<input type="checkbox"/> Allergie gegen:			
<input type="checkbox"/> in ärztlicher Behandlung wegen:			
<input type="checkbox"/> regelmäßige Medikamenteneinnahme:			
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalte/Operationen/Unfälle:			
<input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Schielbehandlung/Sehschule <b>von-bis:</b>			
<input type="checkbox"/> Hörstörung <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit <input type="checkbox"/> Bewegungsunruhe			
<input type="checkbox"/> Einnässen <input type="checkbox"/> Ungeschicklichkeit <input type="checkbox"/> Wahrnehmungsstörung <input type="checkbox"/> Verzögerte Entwicklung			
<b>Förderung im letzten Jahr vor Einschulung</b>			
<input type="checkbox"/> Frühförderung	von		bis
<input type="checkbox"/> Integrationsplatz	von		bis
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	von		bis
<input type="checkbox"/> Logopädie	von		bis
<b>Frühförderstelle:</b>			