

Angaben zum Kind		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:		
Kindergarten:	Kindergartenbesuch von 20 bis 20	
Voraussichtliche Schule:	Kinderarzt:	
Geschwister des Kindes mit Geburtsjahr:		
Wie viele Kinder leben aktuell insgesamt in Ihrem Haushalt (Einschulkind mitgezählt)?		

Angaben zur Mutter

Name:	
Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	
Email:	

Angaben zum Vater

Schwangerschaft und Geburt

Schwangerschaftsverlauf: ohne Probleme mit Problemen

Geburt in der ____ Schwangerschaftswoche
 Normalgeburt Frühgeburt Kaiserschnitt Mehrling
 Geburtsgewicht: _____ g, Geburtsgröße: _____ cm Apgar: ___/___/___
 sonstige Besonderheiten/Probleme bei oder nach der Geburt:

Entwicklung

frei sitzen mit ____ Monaten frei laufen mit ____ Monaten
 erste Worte mit ____ Monaten kleine Sätze sprechen mit ____ Monaten
 tags sauber mit ____ Monaten nachts sauber mit ____ Monaten nachts noch nicht sauber

Verhaltensprobleme im Kindergarten oder Zuhause

aggressiv sehr unkonzentriert sehr unruhig
 kann sich schlecht einordnen auffallend still oder ängstlich
 andere: _____

Therapien

Krankengymnastik von _____ bis _____
 Interdisziplinäre Frühförderung (IFF) von _____ bis _____
 Logopädische Behandlung von _____ bis _____
 Ergotherapie von _____ bis _____
 Heilpädagogik von _____ bis _____
 psychologisch/psychiatrische Untersuchung /SPZ: _____
 spezielle Untersuchungen (EEG, CT, etc.): _____

Durchgemachte Infektionskrankheiten

Masern Windpocken Hirnhautentzündung
 Mumps Keuchhusten Tuberkulose
 Röteln Scharlach Hepatitis

Krankenhausaufenthalte, Operationen, Kuraufenthalte

Unfälle

Ist bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Hatte Ihr Kind häufiger Mittelohrentzündung? |
| <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> Atmet Ihr Kind häufig bei geöffnetem Mund? |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Schläft es fast immer mit geöffnetem Mund? |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Neigt es zu häufigem oder andauerndem Schnupfen? |
| <input type="checkbox"/> Hüft- oder andere Gelenkerkrankung | <input type="checkbox"/> Hat Ihr Kind Schlafstörungen? |
| <input type="checkbox"/> Gehirnkämpfe (Epilepsie) | |
| <input type="checkbox"/> Allergien oder Unverträglichkeiten | |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis bzw. Ekzem | <input type="checkbox"/> War Ihr Kind in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? |
| <input type="checkbox"/> andere Erkrankung: | Wenn ja, weswegen? |

Allergische Erkrankungen

Allergischer Schnupfen

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten gleichzeitig mit Niesanfällen eine laufende, verstopfte oder juckende Nase und/oder auch tränende, gerötete, juckende Augen, obwohl es nicht erkältet war? ① ja ② nein

War Ihr Kind durch diese Beschwerden in den letzten 12 Monaten bei seinen Aktivitäten eingeschränkt? ① nein
② wenig
③ mittelstark
④ stark

Welche Einschränkungen waren das?

Ist Ihr Kind wegen eines allergischen Schnupfens (Heuschnupfen) in ärztlicher Behandlung? ① ja ② nein

Asthma bronchiale

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten pfeifende oder keuchende Geräusche beim Atmen? ① ja ② nein

Ist Ihr Kind in den letzten 12 Monaten wegen pfeifender oder keuchender Atmung nachts aufgewacht? ① ja ② nein

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten pfeifende oder keuchende Atemgeräusche während oder nach körperlicher Anstrengung? ① ja ② nein

War Ihr Kind durch die Atembeschwerden in den letzten 12 Monaten bei seinen Aktivitäten eingeschränkt? ① nein
② wenig
③ mittelstark
④ stark

Welche Einschränkungen waren das?

Ist Ihr Kind wegen Asthma bronchiale in ärztlicher Behandlung? ① ja ② nein

Allergische Hauterkrankung

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten einen juckenden Hautausschlag, z. B. in den Ellenbeugen oder Kniekehlen, an Hand- oder Fußgelenk, im Gesicht oder am Hals, der wiederholt auftrat? ① ja ② nein

Ist Ihr Kind wegen Neurodermitis (atopisches Ekzem, endogenes Ekzem) in ärztlicher Behandlung? ① ja ② nein

Erfassung der Nationalität

Um gesundheitliche Ungleichheiten zu erkennen und ihnen entgegen zu wirken, ist die Erfassung des Migrationshintergrundes von zentraler Bedeutung. Auch für die Identifikation von Zielgruppen, beispielsweise für Gesundheitsprojekte, ist der Migrationshintergrund eine wichtige Variable.

Bitte beantworten Sie hierzu folgende Fragen:

In welchem Land wurden Sie geboren?		
Mutter:	<input type="checkbox"/> Deutschland	<input type="checkbox"/> anderes Land:
Vater:	<input type="checkbox"/> Deutschland	<input type="checkbox"/> anderes Land:
Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?		
Mutter:	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> andere:
Vater:	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> andere:
Kind:	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> andere:
Wurde Ihr Kind in Deutschland geboren?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		