

Angaben für die schulärztliche Untersuchung

Die Angaben im Anamnesebogen zur schulärztlichen Untersuchung dienen der Vorbereitung der Untersuchung. Ihre Mitarbeit ist gesetzlich vorgeschrieben und wichtig für einen effizienten Ablauf der Untersuchung. Daher bitten wir Sie, den Bogen zur Untersuchung ausgefüllt mitzubringen. Während der schulärztlichen Untersuchung werden die schulrelevanten Angaben und Themen persönlich besprochen.

	Einschulkind	Mutter / Sorgeberechtigt / Elternteil 1	Vater / Sorgeberechtigt / Elternteil 2
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsland			
In Deutschland seit Monat/Jahr			
Staatsangehörigkeit bei Geburt			
Adresse		Falls abweichend vom Kind!	Falls abweichend vom Kind!
Telefonnummer			
E-Mail-Adresse			

Weitere Angaben zum Kind

Geschlecht des Kindes	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ keine Angabe
Kinder im gleichen Haushalt Angabe Geburtsjahr	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____
Kinderärztin / Kinderarzt Hausärztin / Hausarzt	

Angaben zu Kindertagesstätte und Schule

Kindergartenbesuch insgesamt bis Schulstart:	☐ weniger als 18 Monate ☐ 18 Monate – 3 Jahre ☐ länger als 3 Jahre ☐ Nein
Name Kindertagesstätte:	
Integrationsplatz in der Kita	nein ☐ ja ☐ von: _____ bis: _____
Frühförderung	nein ☐ ja ☐ von: _____ bis: _____
Vorlaufkurs (schulischer Deutschsprachkurs)	nein ☐ ja ☐
Kindersprachscreening KiSS durchgeführt	nein ☐ ja ☐
Ich bin damit einverstanden, dass die KiSS-Unterlagen in der Einschulungsuntersuchung eingesehen werden: nein ☐ ja ☐	

Familienvorgeschichte (Eltern / Personensorgeberechtigte / Geschwister des Kindes) - freiwillige Angabe -

Brillen-bzw. Kontaktlinsenträger ☐	Lese-Rechtschreibschwäche ☐	Rechenschwäche ☐
Chron. Erkrankungen bzw. Behinderungen ☐ (welche)		

Entwicklung

- freiwillige Angabe -

Besonderheiten:	nein ☐ ja ☐	Geburtsgewicht:
Schwangerschaftsdauer regelrecht:	nein ☐ ja ☐	g

Besonderheiten der Säuglings- und Kleinkinderzeit:	nein ☐ ja ☐	
Fragen zur Zahngesundheit:	Wie oft wird geputzt? _____ x tägl.	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, welche:	
☐ Masern	☐ Asthma ☐ Neurodermitis ☐ Krupphusten ☐ Windpocken
☐ Herzfehler	☐ Diabetes ☐ Anfallsleiden ☐ andere: _____
Allergien: ☐ nein ☐ ja, welche: _____	
In ärztlicher Behandlung wegen: _____	
Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Präparat und Dosierung): _____	
Krankenhausaufenthalte / Operationen: nein ☐ ja ☐	

Fördermaßnahmen / Therapien / Hilfsmittel

☐ Sehstörung	☐ Brille seit:	☐ Schielbehandlung, Sehschule seit:
☐ Hörstörung	☐ Hörhilfen:	
☐ Sprachstörung	☐ Logopädie	von _____ bis _____
☐ Ergotherapie von _____ bis _____	☐ Krankengymnastik	von _____ bis _____
☐ Andere Fördermaßnahmen / Therapien (welche): _____		

Gesundheits- und Entwicklungsprobleme

☐ Ängstlichkeit	☐ Wahrnehmungsstörung	☐ Bewegungsunruhe
☐ Ungeschicklichkeit	☐ Konzentrationsschwäche	☐ verzögerte Entwicklung
☐ oft Kopfschmerzen	☐ oft Bauchschmerzen	☐ Schlafstörungen
☐ oft Mittelohrentzündung	☐ Einnässen	☐ Einkoten
☐ Sonstige: _____		

Interessen / besondere Fähigkeiten / Stärken / Was macht Ihr Kind besonders gern?

Sport im Verein: _____	Sonstiges: _____
Kann Ihr Kind schwimmen?	☐ ja ☐ nein
Hat Ihr Kind das Seepferdchen-Abzeichen?	☐ ja ☐ nein
Kann Ihr Kind ohne Stützräder Fahrrad fahren?	☐ ja ☐ nein
Musikalische Förderung? (Musikschule, Kinderchor, o.ä....)	☐ ja ☐ nein
Medienkonsum (Handy, Tablet, Spielekonsole, TV):	
☐ wenig (unter 30min/tägl.) ☐ mittel (30 bis 90min/tägl.) ☐ viel (über 90min/tägl.)	

Ausgefüllt am: _____

Unterschrift Eltern / Personensorgeberechtigte: _____