Lahn-Dill-Kreis
Der Kreisausschuss
Abteilung Gesundheit
Fachdienst Kinder- und Jugendgesundheit

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 als18 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

Besonderheiten der Säuglings- und Kleinkinderzeit: nein ☐ ja ☐	Geburtsgewicht: .....g

- freiwillige Angabe -

Schwangerschaftsdauer regelrecht: nein ☐ ja ☐ *Besonderheiten:* nein ☐ ja ☐

Fragen zur Zahngesundheit:
Wie oft wird geputzt? _____ x tägl.
Zur Kontrolle beim Zahnarzt: _____ x jährlich

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: _____
(z.B. Rollerfahren, Schlittschuhlaufen, Ski fahren, Klettern, Musikschule, o.Ä.)

Kann Ihr Kind ohne Hilfsmittel schwimmen? ☐ nein ☐ ja

Hat Ihr Kind das Seepferdchen-Abzeichen? ☐ nein ☐ ja

Kann Ihr Kind **ohne** Stützräder Fahrrad fahren? ☐ 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
am Wochenende: ☐ gar nicht ☐ weniger als 30min ☐ bis 1h ☐ bis 2h ☐ bis 3h ☐ über 3h
☐ überwiegend begleitet ☐ überwiegend alleine ☐ Handy/Tablet/Handheld-Konsole ☐ TV-/PC-Bildschirm

Ausgefüllt am: _____

Unterschrift Eltern / Personensorgeberechtigte: _____ _____