

## Elternfragebogen zur Schuleingangsuntersuchung

<b>Name des Kindes:</b>	<b>Vorname:</b> _____ <b>geb.:</b> _____
<b>Geschlecht:</b> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>	<b>aufnehmende Schule:</b> _____
<b>Straße:</b> _____	<b>Wohnort:</b> _____
<b>Telefon-Nr.:</b> _____	<b>E-Mail-Adresse:</b> _____
<b>Nationalität:</b> <b>in Deutschland seit:</b> _____	<b>Muttersprache:</b> <b>vorwiegende Sprache zu Hause:</b> _____
<b>KiTa:</b> _____	<b>seit:</b> _____ <b>Stunden/Woche:</b> _____

einziges Kind:  Geschwisterfolge:  \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ Kindern gemeinsames Sorgerecht:  ja  nein

Schwangerschaftsverlauf: unauffällig:  auffällig:  \_\_\_\_\_

Geburtsverlauf: unauffällig:  Komplikationen:  \_\_\_\_\_

Frühgeburt in der \_\_\_\_\_ Woche Mehrlingsgeburt  Kaiserschnitt  Zange  Saugglocke

**Hatte oder hat Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen?** nein  ja und zwar: \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergie gegen: _____<br><input type="checkbox"/> Heuschnupfen<br><input type="checkbox"/> häufig Bronchitis<br><input type="checkbox"/> Asthma<br><input type="checkbox"/> Ekzem/Neurodermitis<br><input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> häufig Bauchschmerzen<br><input type="checkbox"/> häufig Kopfschmerzen<br><input type="checkbox"/> Ohren- oder Hörprobleme<br><input type="checkbox"/> Anfallsleiden<br><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)<br><input type="checkbox"/> Long-Covid |
|--|--|

**Hatte Ihr Kind Krankenhausaufenthalte / Operationen / Unfälle?**

nein  ja , welche: \_\_\_\_\_

**Nimmt Ihr Kind dauerhaft Medikamente?**

nein  ja , welche: \_\_\_\_\_

**Benötigt Ihr Kind Hilfsmittel?**

nein  ja : Brille  Schielpflaster  Hörgerät  sonstige: \_\_\_\_\_

**Bestehen in der Familie ernsthafte Erkrankungen oder Entwicklungsstörungen?**

nein  ja , welche: \_\_\_\_\_

**Wie verlief die motorische Entwicklung?**

Freies Sitzen mit \_\_\_\_\_ Monaten Freies Laufen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung: nein  ja  welche: \_\_\_\_\_

**Wie verlief die Sprachentwicklung?**

Erste Worte mit \_\_\_\_\_ Monaten erste Zweiwortsätze mit \_\_\_\_\_ Monaten

Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung: nein  ja  welche: \_\_\_\_\_

**Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes insgesamt zufrieden?**

Ja  nein , weil: \_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie noch folgende Fragen zur Selbstständigkeits- und Sozialentwicklung:**

- Hat Ihr Kind Freunde/Spielkameraden? ja  nein
- Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen? ja  nein
- Geht Ihr Kind gerne in die Kita? ja  nein
- Kann Ihr Kind geduldig abwarten? ja  nein
- Zeigt Ihr Kind ein ausgeglichenes Wesen? ja  nein  (unruhig  aggressiv  verträumt )
- Kann sich Ihr Kind in der Gruppe konzentrieren? ja  nein
- Hört Ihr Kind gerne beim Vorlesen zu? ja  nein
- Malt Ihr Kind gerne? ja  nein
- Kann Ihr Kind Fahrrad fahren? ja  nein  ohne Stützräder
- Kann Ihr Kind schon schwimmen? ja  nein
- Ist Ihr Kind bewegungsfreudig? ja  nein
- Ist Ihr Kind in einem Sportverein? ja  nein  wenn ja, welche Sportart: \_\_\_\_\_
- Ist Ihr Kind tagsüber und nachts trocken? ja  nein
- Ist Ihr Kind tagsüber und nachts sauber? ja  nein

Hat Ihr Kind TV/Handy/PC/Tablet/Spielekonsole im Kinderzimmer? nein  ja

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind täglich mit TV/Handy/PC/Tablet/Spielekonsole? \_\_\_\_\_ Minuten pro Tag

**Hatte oder hat Ihr Kind Therapien oder Fördermaßnahmen? nein**

Krankengymnastik: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Ergotherapie: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Logopädie: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Heilpäd. Frühförderung: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Integrative Förderung: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ FF-Komplexeleistung: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Sonstige Therapie: \_\_\_\_\_

**Gibt es für Ihr Kind sozialrechtliche Hilfen? nein**

Behindertenausweis: GdB: \_\_\_\_\_ Merkzeichen: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Unterstützung durch das Jugendamt:

Sonstige Hilfen: \_\_\_\_\_

**Bei welchen Ärzten befindet sich Ihr Kind in Behandlung?**

Kinderarzt/Hausarzt: \_\_\_\_\_

HNO-Arzt: \_\_\_\_\_ zuletzt am: \_\_\_\_\_ Pädaudiologe: \_\_\_\_\_ zuletzt am: \_\_\_\_\_

Augenarzt: \_\_\_\_\_ zuletzt am: \_\_\_\_\_ Orthopäde: \_\_\_\_\_ zuletzt am: \_\_\_\_\_

Sozialpäd. Zentrum (SPZ): \_\_\_\_\_ Kinderpsychiater: \_\_\_\_\_

Andere Ärzte: \_\_\_\_\_

**Hier können Sie noch weitere Angaben machen (oder auch auf einem Extrablatt):**

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von Mutter  Vater  Sonstige  \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_