

# Elternfragebogen zur Schuleingangsuntersuchung

Senden Sie das ausgefüllte Formular an  
Kreis Steinfurt  
Gesundheitsamt  
Tecklenburger Straße 10  
48565 Steinfurt

oder per Mail: kinderfachdienst@kreis-  
steinfurt.de

jetzt per Mail senden ►

## Angaben zum Kind

Vorname		Name	
Straße		Hausnummer	
Postleitzahl	Ort		
Geburtsdatum		Nationalität	
E-Mail			
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angabe			
in Deutschland seit		vorwiegende Sprache zu Hause	
in der KiTa seit		Wochenstunden in der KiTa	

einziges Kind

gemeinsames Sorgerecht

Schwangerschaftsverlauf

Geburtsverlauf

Geschwisterfolge

Stelle von wievielen Kindern

ja

nein

unauffällig

auffällig

Komplikationen in der Schwangerschaft

unauffällig

Komplikationen

Komplikationen während der Geburt

Frühgeburt

SSW

Mehrlingsgeburt

Kaiserschnitt

Zange

Saugglocke

Hatte oder hat Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen?  nein  ja und zwar

Allergie gegen

Sonstige Allergien

häufig Bauchschmerzen

Heuschnupfen

Asthma

Häufig Kopfschmerzen

häufig Bronchitis

Ohren- oder Hörprobleme

Anfallsleiden

Ekzem/Neurodermitis

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

Long-Covid

Sonstige

Sonstige Erkrankungen

Fortsetzung nächste Seite

Hatte Ihr Kind Krankenhausaufenthalte / Operationen / Unfälle?

nein  ja welche

Sonstige Klinikaufenthalte

Nimmt Ihr Kind dauerhaft Medikamente?

nein  ja welche

Sonstige Medikamente

Benötigt Ihr Kind Hilfsmittel?

nein  ja:  Brille  Schielpflaster  Hörgerät  sonstige

Sonstige Hilfsmittel

Bestehen in der Familie ernsthafte Erkrankungen oder Entwicklungsstörungen?

nein  ja welche

Sonstige Erkrankungen in der Familie

Wie verlief die motorische Entwicklung?

Freies Sitzen

mit ... Monaten

Freies Laufen

mit ... Monaten

Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung

nein  ja welche

Sonstige motorische Entwicklungen

Wie verlief die Sprachentwicklung?

Erste Worte

mit ... Monaten

erste Zweiwortsätze

mit ... Monaten

Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung

nein  ja welche

Sonstige Sprachentwicklungen

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes insgesamt zufrieden?

nein  ja welche

Zufriedenheit

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

Fortsetzung nächste Seite

Ist Ihr Kind bewegungsfreudig?  ja  nein

Ist Ihr Kind in einem Sportverein?  ja  nein wenn ja,

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?  ja  nein

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind täglich mit TV/Handy/PC/Tablet/Spielekonsole?

Hatte oder hat Ihr Kind Therapien oder Fördermaßnahmen?  nein  ja:

Krankengymnastik  Ergotherapie

Logopädie  Integrative Förderung

Förderung in der Frühförderstelle

Sonstige Therapie

Gibt es für Ihr Kind sozialrechtliche Hilfen?  nein  ja:

Behindertenausweis

Unterstützung durch das Jugendamt:  nein  ja:

Sonstige Hilfen

Bei welchen Ärzten befindet sich Ihr Kind in Behandlung?

Kinderärztliche Praxis/Hausärztliche Praxis	<input type="text" value="zuletzt am"/>
HNO-Praxis	<input type="text" value="zuletzt am"/>
Pädaudiologische Praxis	<input type="text" value="zuletzt am"/>
Augenärztliche Praxis	<input type="text" value="zuletzt am"/>
Orthopädische Praxis	<input type="text" value="zuletzt am"/>
Zahnärztliche Praxis	<input type="text" value="zuletzt am"/>
Kinderpsychiater	<input type="text" value="zuletzt am"/>
Sozialpädiatrisches Zentrum	<input type="text" value="zuletzt am"/>
Andere ärztliche Praxen	<input type="text" value="zuletzt am"/>

Fortsetzung nächste Seite

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

[Empty grey box for additional information]

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von  Mutter  Vate

Sonstige

Die dem Antrag beigefügten **Hinweise zum Datenschutz** habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift