

Familienname des Kindes: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ Kindergarten: _____

Familiensprache: _____

Wie lange besucht Ihr Kind bis jetzt einen Kindergarten?

Nie bis zu 1 Jahr bis zu 2 Jahren bis zu 3 Jahren 3 Jahre und länger

Einige Fragen zum Gesundheitszustandes Ihres Kindes:

Benötigt oder nimmt Ihr Kind vom Arzt/von der Ärztin
Verschriebene Medikamente (außer Vitamine) Ja Nein

Wenn ja, welche:

Müssen Medikamente während der Zeit im
Kindergarten, in der Schule verabreicht werden? ja nein

Wenn ja, welche:

Bekommt oder wartet ihr Kind auf eine spezielle Therapie, wie z.B.:
Physiotherapie, Ergotherapie oder Sprachtherapie ja nein

	Nein	Ja	Beginn im Alter 2 3 4 Jahren	Kind steht auf Warteliste	Dauer in Jahren <1 2 3	Maßnahme ist abgeschlossen
Sprachförderung im Kindergarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Förder- oder Heilmaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche?

Hatte Ihr Kind jemals weitere Krankheiten, die bisher nicht genannt wurden?

ja nein weiß nicht

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind eine Brille (Sehhilfe)? ja nein

In welchem Alter hat Ihr Kind die Sehhilfe bekommen? Mit Jahren

Wurde Ihr Kind in den letzten sechs Monaten von einem Augenarzt/einer Augenärztin untersucht oder behandelt?

ja nein

Ist Ihr Kind dauerhaft schwerhörig?

ja nein weiß nicht

Elternfragebogen (Schritt 1)

Sehr geehrte Eltern,

die Beantwortung der folgenden Fragen ist freiwillig.

Der Fragebogen wird nach der Untersuchung mit den anderen Unterlagen Ihres Kindes im Gesundheitsamt unter Wahrung datenschutzrechtlicher Grundsätze verschlossen aufbewahrt. Nach der Grundschulzeit wird er zusammen mit allen anderen Unterlagen gelöscht. Alle Unterlagen sind auf Wunsch jederzeit einsehbar.

Das Ausfüllen und die Abgabe des Fragebogens sind mit einer Einwilligung gleichzusetzen. Die Einwilligung gegenüber dem Gesundheitsamt kann jederzeit widerrufen werden. Hieraus entsteht Ihnen und Ihrem Kind kein Nachteil.

Mit freundlichen Grüßen

**Ihr
Kinder- und Jugendärztliches Team**