

Alle Angaben sind freiwillig

Einschulkind	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort / -land	
Staatsangehörigkeit bei Geburt	
in Deutschland seit:	---- -- -- -- Monat Jahr
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)	
zuständige Schule	
Kindergarten (Name, Aufnahmedatum)	
Kinder-/Hausarzt	
Weitere Fachärzte	

Vater	Mutter
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort / -land	
Staatsangehörigkeit bei Geburt (ggf. mehrere)	

Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.)	siehe Kind <input type="checkbox"/>	siehe Kind <input type="checkbox"/>	
Telefon			
KISS-Sprachscreening	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Weitere Kinder im Haushalt (Geburtsjahr)	1. ....	2. ....	3. ....
4. ....	5. ....	6. ....	7. ....

**Familienvorgeschichte** (Eltern oder Geschwister des Kindes)

Brillen-bzw. Kontaktlinsenträger	<input type="checkbox"/>	Lesen-Rechtschreibschwäche	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Rechenschwäche	<input type="checkbox"/>
Chron. Erkrankungen/ bzw. Behinderungen	<input type="checkbox"/> (welche):		

**Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung**

Probleme während der Schwangerschaft/Geburt	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche):	Geburtsgewicht: .....g
Freies Laufen	mit .....Mon.	Besonderheiten der Säuglings- u. Kleinkinderzeit: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche) :
Erste Worte	mit .....Mon.	
Erste Sätze	mit .....Mon.	
Tagsüber ohne Windeln	mit .....Jahren	
Nachts ohne Windeln	mit .....Jahren	

**Erkrankungen / Unfälle** (Zutreffendes ankreuzen bzw. beschreiben)

Windpocken: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	Schwere Infektionskrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung):
Andere schwere Erkrankungen:	
Unfälle:	
Krankenhausaufenthalte, Operationen:	
Oft in ärztlicher Behandlung wegen:	
Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Präparat und Dosierung):	

**Fördermaßnahmen und Hilfsmittel**

Sehstörung	<input type="checkbox"/>	Brille seit:	Schielerkrankung, Sehschule seit:	
Hörstörung	<input type="checkbox"/>	Hörhilfen:		
Sprachstörung	<input type="checkbox"/>	Sprachtherapie von	bis	
Andere Fördermaßnahmen / Therapien (welche):				
Psychomotorik	von	bis	Ergotherapie von	bis

**Persönliche Besonderheiten**

Bewegungsunruhe	<input type="checkbox"/>	Konzentrationsschwäche	<input type="checkbox"/>	Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	Ungeschicklichkeit	<input type="checkbox"/>
Verzögerte Entwicklung	<input type="checkbox"/>	Einnässen/Einkoten	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:			

**Eingliederungshilfen**

Integrationsplatz im Kindergarten	von	bis	Frühförderung	von	bis
			bei		

Interessen, besondere Fähigkeiten, Stärken:	
Sport im Verein:.....	Sonstiges:.....
Kann Ihr Kind schwimmen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hat Ihr Kind das „Seepferdchenabzeichen“? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_ Unterschrift Sorgeberechtigte: \_\_\_\_\_

Ich / wir erteile/-n eine Vollmacht für Frau / Herrn: \_\_\_\_\_ das o.g. Kind zur Schuleingangsuntersuchung zu begleiten und entsprechende Informationen zur Untersuchung zu erhalten.

Unterschrift