

Alle Angaben sind freiwillig

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

	Vater	Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsland		
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.	8.

Familienvorgeschichte (Eltern oder Geschwister des Kindes)

Brillen-bzw. Kontaktlinsenträger <input type="checkbox"/>	Lese-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 mitMon.	Besonderheiten der Säuglings- u. Kleinkinderzeit: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche) :
Erste Worte mitMon.	
Erste Sätze mitMon.	
Tagsüber ohne Windeln mitJahren	
Nachts ohne Windeln mitJahren	

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:	Schielbehandlung, 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 bei	von	bis
---------------------------------------	-----	-------------------	-----	-----

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 Eltern: _____