

**Alle Angaben sind freiwillig**

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

	<b>Vater</b>	<b>Mutter</b>
<b>Name, Vorname</b>		
<b>Geburtsdatum</b>		
<b>Geburtsland</b>		
<b>Staatsangehörigkeit</b> (bei Geburt, ggf. mehrere)		
<b>Adresse</b> (PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.)	siehe Kind <input type="checkbox"/>	siehe Kind <input type="checkbox"/>
<b>Telefon</b>		
<b>KISS-Sprachscreening</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Weitere Kinder im Haushalt</b> (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):	<b>Geburtsgewicht:</b> .....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:	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: <input type="checkbox"/>	

**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: \_\_\_\_\_