

### Vorbereitungsbogen für die Eltern auf die Untersuchung

Dieser Bogen soll es Ihnen erleichtern, auf unsere Fragen während der Untersuchung zu antworten.

**1 Besucht Ihr Kind einen Kindergarten, eine KiTa, einen Sonderkindergarten, eine Vorschule o.Ä.?**

Nein

Ja,  Kindergarten / Schulkindergarten  Integrationsmaßnahme  
 Heilpädagogischer Kindergarten  Sprachheilkindergarten

**Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt (eigene und weitere Kinder)?**

Bitte schreiben Sie in die Kästchen die Geburtsjahre der Kinder in zeitlicher Reihenfolge und kreuzen Sie im Kästchen darunter das jeweilige Geschlecht an.

Geb. Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Junge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mädchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Divers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2 Gab es oder gibt es bei den Eltern oder Geschwistern Ihres Kindes schwerwiegende chronische Erkrankungen oder Behinderungen?**

Nein  Falls ja, welche: .....

Bei den folgenden Angaben hilft Ihnen das Vorsorgeheft oder der Mutterpass:

**3 In welchem Land wurde Ihr Kind geboren?**

.....

**In der wievielten Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?**

.....Schwangerschaftswoche      Geburtsgewicht .....g

Größe .....cm

**Art der Geburt**

Spontangeburt  Geburt mit Saugglocke oder Zange

Kaiserschnitt  Mehrlingsgeburt

**Traten während der Geburt Komplikationen auf?**

Nein  Falls ja, welche: .....

Es folgen einige Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes:

**4 Konnte Ihr Kind bis zum 18. Monat frei laufen?**

Ja  Nein  Weiß nicht

**5 Zeigte Ihr Kind mit 5 Jahren Sprachauffälligkeiten?**

Ja  Nein  Weiß nicht

**6 Hat ihr Kind an frühen Fördermaßnahmen teilgenommen?**

(z.B. Krankengymnastik, Sprachtherapie, Ergotherapie, heilpädagogische Frühförderung oder Ähnliche)

Nein

Falls ja, an welchen: .....

**7 Welche Erkrankungen hat Ihr Kind oder hatte Ihr Kind bisher?**

Masern  Mumps  Keuchhusten  Windpocken

Corona  Ohrenerkrankungen  Harnwegserkrankungen

Unfälle, Verbrennungen (mit ärztlicher Behandlung)

keine dieser Krankheiten

**8 Wurde Ihr Kind ambulant und/ oder stationär im Krankenhaus behandelt oder wurden ambulante OPs (z.B. Zahn-OPs) durchgeführt?**

Nein  Ja

Falls ja, in welchem Jahr und aus welchem Grund:

Jahr: ..... Grund: .....

Jahr: ..... Grund: .....

Jahr: ..... Grund: .....

**Bitte wenden!**

**9.1 Hatte Ihr Kind irgendwann einmal einen juckenden Hautausschlag, der stärker oder schwächer über mindestens 6 Monate auftrat?**

Nein  Ja

**9.2 Trät dieser juckende Hautausschlag bei Ihrem Kind irgendwann einmal an einer der folgenden Körperstellen auf: In der Ellenbeuge oder der Kniekehle, an den Hand- oder Fußgelenken, im Gesicht, am Hals?**

Nein  Ja

**9.3 Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten jemals beim Atmen pfeifende oder keuchende Geräusche im Brustkorb?**

Nein  Ja

**9.4 Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten jemals pfeifende oder keuchende Atemgeräusche im Brustkorb während oder nach körperlicher Anstrengung?**

Nein  Ja

**9.5 Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten nachts einen trockenen Reizhusten, obwohl es keine Erkältung oder Bronchitis hatte?**

Nein  Ja

**9.6 Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten Niesanfälligkeiten oder eine laufende, verstopfte oder juckende Nase, obwohl es nicht erkältet war?**

Nein  Ja

**9.7 Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten gleichzeitig mit diesen Nasenbeschwerden auch juckende oder tränende Augen?**

Nein  Ja

**10 Wer erzieht das Kind?**

Beide Eltern (zusammen wohnend)  Elternteil mit Partner\*in

Beide Eltern (getrennt lebend)  Pflegeeltern

Alleinerziehende\*r  Großeltern oder andere

**Zum Schluss erbitten wir noch einige freiwillige Angaben zu Ihnen bzw. Ihrem/r Ehe- oder Lebenspartner\*in**

**Beachten Sie dazu die Angaben zur Speicherung und Anonymität:**

<b>Angaben zur Mutter /Elternteil 1</b>	<b>Angaben zum Vater /Elternteil 2</b>
Geburtsjahr .....	Geburtsjahr .....
Geburtsland .....	Geburtsland .....
Staatsangehörigkeit .....	Staatsangehörigkeit .....
<b>Höchster erreichter Schulabschluss</b>	<b>Höchster erreichter Schulabschluss</b>
Hauptschulabschluss ..... <input type="checkbox"/>	Hauptschulabschluss ..... <input type="checkbox"/>
Mittlere Reife, Realschulabschluss ..... <input type="checkbox"/>	Mittlere Reife, Realschulabschluss ..... <input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule) ..... <input type="checkbox"/>	Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule) ..... <input type="checkbox"/>
Abitur ..... <input type="checkbox"/>	Abitur ..... <input type="checkbox"/>
Anderer Schulabschluss ..... <input type="checkbox"/>	Anderer Schulabschluss ..... <input type="checkbox"/>
(Noch) kein Schulabschluss ..... <input type="checkbox"/>	(Noch) kein Schulabschluss ..... <input type="checkbox"/>
<b>Letzte abgeschlossene Berufsausbildung oder Studium</b>	<b>Letzte abgeschlossene Berufsausbildung oder Studium</b>
Gewerblich.-technische oder landwirtschaftliche Ausbildung..... <input type="checkbox"/>	Gewerblich-technische oder landwirtschaftliche Ausbildung ..... <input type="checkbox"/>
Kaufmännische oder sonstige Ausbildung . <input type="checkbox"/>	Kaufmännische oder sonstige Ausbildung . <input type="checkbox"/>
Berufsfachschule, Handelsschule ..... <input type="checkbox"/>	Berufsfachschule, Handelsschule ..... <input type="checkbox"/>
Schule des Gesundheitswesens ..... <input type="checkbox"/>	Schule des Gesundheitswesens ..... <input type="checkbox"/>
Fachschule (z.B. Meister- oder Technikerschule) ..... <input type="checkbox"/>	Fachschule (z.B. Meister- oder Technikerschule) ..... <input type="checkbox"/>
Beamtenausbildung ..... <input type="checkbox"/>	Beamtenausbildung ..... <input type="checkbox"/>
Fachhochschule, Ingenieurschule..... <input type="checkbox"/>	Fachhochschule, Ingenieurschule..... <input type="checkbox"/>
Universität, Hochschule ..... <input type="checkbox"/>	Universität, Hochschule ..... <input type="checkbox"/>
Sonstiger Berufsabschluss ..... <input type="checkbox"/>	Sonstiger Berufsabschluss ..... <input type="checkbox"/>
(Noch) kein Berufsabschluss ..... <input type="checkbox"/>	(Noch) kein Berufsabschluss ..... <input type="checkbox"/>
<b>Berufstätigkeit</b>	<b>Berufstätigkeit</b>
Nicht oder geringfügig (0-14 Std) <input type="checkbox"/>	Nicht oder geringfügig (0-14 Std) <input type="checkbox"/>
Ja, ganztags (30 Std. und mehr) <input type="checkbox"/>	Ja, ganztags (30 Std. und mehr) <input type="checkbox"/>
Ja, Teilzeit (15 -29 Std.) <input type="checkbox"/>	Ja, Teilzeit (15 -29 Std.) <input type="checkbox"/>
<b>Schichtdienst</b>	<b>Schichtdienst</b>
Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

Stand 05/2024

**Vielen Dank für Ihre Bemühungen!**