

# 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"/>					
Junge	<input type="checkbox"/>					
Mädchen	<input type="checkbox"/>					
Divers	<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) keinen 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 Unterstützung.**

