

Angaben zum Kind		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:		
Kindergarten:	Kindergartenbesuch von 20 bis 20	
Voraussichtliche Schule:	Kinderarzt:	
Geschwister des Kindes mit Geburtsjahr:		
Wie viele Kinder leben aktuell insgesamt in Ihrem Haushalt (Einschulkind mitgezählt)?		

**Angaben zur Mutter**

Name:	
Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	
Email:	

**Angaben zum Vater**


**Schwangerschaft und Geburt**

Schwangerschaftsverlauf:  ohne Probleme  mit Problemen

---

Geburt in der \_\_\_\_ Schwangerschaftswoche

Normalgeburt  Frühgeburt  Kaiserschnitt  Mehrling

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g, Geburtsgröße: \_\_\_\_\_ cm Apgar: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

sonstige Besonderheiten/Probleme bei oder nach der Geburt: \_\_\_\_\_

**Entwicklung**

frei sitzen mit \_\_\_\_ Monaten      frei laufen mit \_\_\_\_ Monaten

erste Worte mit \_\_\_\_ Monaten      kleine Sätze sprechen mit \_\_\_\_ Monaten

tags sauber mit \_\_\_\_ Monaten      nachts sauber mit \_\_\_\_ Monaten       nachts noch nicht sauber

**Verhaltensprobleme im Kindergarten oder Zuhause**

aggressiv       sehr unkonzentriert       sehr unruhig

kann sich schlecht einordnen       auffallend still oder ängstlich

andere: \_\_\_\_\_

**Therapien**

Krankengymnastik      von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Interdisziplinäre Frühförderung (IFF)      von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Logopädische Behandlung      von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ergotherapie      von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Heilpädagogik      von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

psychologisch/psychiatrische Untersuchung /SPZ: \_\_\_\_\_

spezielle Untersuchungen (EEG, CT, etc.): \_\_\_\_\_

**Durchgemachte Infektionskrankheiten**

Masern       Windpocken       Hirnhautentzündung

Mumps       Keuchhusten       Tuberkulose

Röteln       Scharlach       Hepatitis

**Krankenhausaufenthalte, Operationen, Kuraufenthalte**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Unfälle**

\_\_\_\_\_

**Ist bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen bekannt?**

- |                                                             |                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale                  | <input type="checkbox"/> Hatte Ihr Kind häufiger Mittelohrentzündung?           |
| <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis              | <input type="checkbox"/> Atmet Ihr Kind häufig bei geöffnetem Mund?             |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit                    | <input type="checkbox"/> Schläft es fast immer mit geöffnetem Mund?             |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung                     | <input type="checkbox"/> Neigt es zu häufigem oder andauerndem Schnupfen?       |
| <input type="checkbox"/> Hüft- oder andere Gelenkerkrankung | <input type="checkbox"/> Hat Ihr Kind Schlafstörungen?                          |
| <input type="checkbox"/> Gehirnkämpfe (Epilepsie)           |                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> Allergien oder Unverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> War Ihr Kind in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis bzw. Ekzem           | Wenn ja, weswegen?                                                              |
| <input type="checkbox"/> andere Erkrankung:                 |                                                                                 |

## Allergische Erkrankungen

### Allergischer Schnupfen

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten gleichzeitig mit Niesanfällen eine laufende, verstopfte oder juckende Nase und/oder auch tränende, gerötete, juckende Augen, obwohl es nicht erkältet war? ① ja    ② nein

War Ihr Kind durch diese Beschwerden in den letzten 12 Monaten bei seinen Aktivitäten eingeschränkt? ① nein  
② wenig  
③ mittelstark  
④ stark

Welche Einschränkungen waren das?

Ist Ihr Kind wegen eines allergischen Schnupfens (Heuschnupfen) in ärztlicher Behandlung? ① ja    ② nein

### Asthma bronchiale

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten pfeifende oder keuchende Geräusche beim Atmen? ① ja    ② nein

Ist Ihr Kind in den letzten 12 Monaten wegen pfeifender oder keuchender Atmung nachts aufgewacht? ① ja    ② nein

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten pfeifende oder keuchende Atemgeräusche während oder nach körperlicher Anstrengung? ① ja    ② nein

War Ihr Kind durch die Atembeschwerden in den letzten 12 Monaten bei seinen Aktivitäten eingeschränkt? ① nein  
② wenig  
③ mittelstark  
④ stark

Welche Einschränkungen waren das?

Ist Ihr Kind wegen Asthma bronchiale in ärztlicher Behandlung? ① ja    ② nein

### Allergische Hauterkrankung

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten einen juckenden Hautausschlag, z. B. in den Ellenbeugen oder Kniekehlen, an Hand- oder Fußgelenk, im Gesicht oder am Hals, der wiederholt auftrat? ① ja    ② nein

Ist Ihr Kind wegen Neurodermitis (atopisches Ekzem, endogenes Ekzem) in ärztlicher Behandlung? ① ja    ② nein

## Erfassung der Nationalität

Um gesundheitliche Ungleichheiten zu erkennen und ihnen entgegen zu wirken, ist die Erfassung des Migrationshintergrundes von zentraler Bedeutung. Auch für die Identifikation von Zielgruppen, beispielsweise für Gesundheitsprojekte, ist der Migrationshintergrund eine wichtige Variable.

Bitte beantworten Sie hierzu folgende Fragen:

In welchem Land wurden Sie geboren?		
Mutter:	<input type="checkbox"/> Deutschland	<input type="checkbox"/> anderes Land:
Vater:	<input type="checkbox"/> Deutschland	<input type="checkbox"/> anderes Land:
Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?		
Mutter:	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> andere:
Vater:	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> andere:
Kind:	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> andere:
Wurde Ihr Kind in Deutschland geboren?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein