A. Teil 2 Anamnesebogen (Rückseite)

Die Angaben im Anamnesebogen zur schulärztlichen Untersuchung dienen der Vorbereitung der Untersuchung. Das Ausfüllen des Fragebogens ist freiwillig. Ihre Mitarbeit ist wichtig für einen effizienten Ablauf, daher bitten wir Sie, den Bogen zur Untersuchung ausgefüllt mitzubringen. Während der schulärztlichen Untersuchung werden die schulrelevanten Angaben und Themen persönlich besprochen.

	Einschulkind		**Mutter/Vater/ Elternteil 1**	**Mutter/Vater/Elternteil 2**
Name, Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort / -land				
Staatsangehörigkeit bei Geburt				
In Deutschland seit:	|___|___| 20 |___|___| Monat Jahr			
Adresse			**Falls abweichend vom Kind!**	**Falls abweichend vom Kind!**
Telefonnummer				
E-Mail-Adresse für Terminabsprachen				

Weitere Angaben zum Kind

Geschlecht des Kindes	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Geschwister / Kinder im gleichen Haushalt (Geburtsjahr)	**1.**_____ **2.**_____ **3.**_____ **4.**_____ **5.**_____ **6.**_____
Kinderärztin / Kinderarzt Hausärztin / Hausarzt	

Angaben zu Kindertagesstätte und Schule

Kindertagesstätte	Seit: Monat / Jahr
Name:	
Integrationsplatz in der Kita	nein ☐ ja ☐
Frühförderung	nein ☐ ja ☐
Kindersprachscreening KiSS	nein ☐ ja ☐
Vorlaufkurs	nein ☐ ja ☐
Zuständige Schule	

Familienvorgeschichte (Eltern / Personensorgeberechtigte / Geschwister des Kindes)

Brillen-bzw. Kontaktlinsenträger: ☐
Chron. Erkrankungen bzw. Behinderungen: ☐ (welche)

Entwicklung

Besonderheiten: nein ☐ ja ☐ Schwangerschaftsdauer nein ☐ ja ☐ regelrecht:	**Geburtsgewicht:** .....g
Besonderheiten der Säuglings- und Kleinkinderzeit: nein ☐ ja ☐	

Erkrankungen / Unfälle

Schwere Infektionskrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung) oder andere schwere Erkrankungen: nein ☐ ja ☐
Allergien: nein ☐ ja ☐ (welche)
Krankenhausaufenthalte / Operationen: nein ☐ ja ☐

In ärztlicher Behandlung wegen:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Präparat und Dosierung):

Fördermaßnahmen / Therapien / Hilfsmittel

☐ Sehstörung	☐ Brille seit: ☐ Schielbehandlung, Sehschule seit:
☐ Hörstörung	☐ Hörhilfen:
☐ Sprachstörung	☐ Logopädie von bis
☐ Ergotherapie von bis	☐ Krankengymnastik von bis
☐ Andere Fördermaßnahmen / Therapien (welche):	

Persönliche Besonderheiten (werden in einem persönlichen Gespräch vertraulich erörtert)

(z.B. Bewegungsunruhe, Konzentrationsschwäche, Ängstlichkeit, Bewegungsunruhe, Ungeschicklichkeit, Verzögerte Entwicklung, Einnässen, Einkoten): nein ☐ ja ☐

Interessen / besondere Fähigkeiten / Stärken / Was macht Ihr Kind besonders gern?

Sport im Verein:……	Sonstiges:……
Kann Ihr Kind schwimmen? ☐ ja ☐ nein	Hat Ihr Kind das Seepferdchenabzeichen? ☐ ja ☐ nein

Ausgefüllt am: _____ Unterschrift Eltern /Personensorgeberechtigte:_____