

Angaben zur kinderärztlichen Untersuchung Ihres Kindes

EINSCHULUNG

Vertraulich! (Nur für den Kinder- und Jugendarzt Ihres Gesundheitsamtes)

Sämtliche Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Stand: 14.08.2017

| | | |
|--|--------------------|----------------------------------|
| Name | Vorname des Kindes | Geburtsdatum _ _ _ _ _ _ _ _ |
| Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten | | Telefon / Handy |
| Name und Anschrift der Schule | | |

| | | |
|---|-----------------------------------|--|
| Behindertenausweis vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Grad der Behinderung (in %): _ _ | Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
|---|-----------------------------------|--|

1. Allgemeine Fragen

| | | |
|--|--|--|
| Welche Muttersprache spricht ihr Kind? | <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: wenn ja, welche | <input type="checkbox"/> wächst zweisprachig auf |
| Mein Kind besucht eine Kita | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> seit 1 Jahr <input type="checkbox"/> seit 2 Jahren <input type="checkbox"/> seit 3 Jahren <input type="checkbox"/> länger als 3 Jahre | |

2. Rund um die Geburt

| | |
|--|-------------------------------------|
| Schwangerschaftsverlauf <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> mit Komplikationen <input type="checkbox"/> unbekannt | Dauer der Schwangerschaft in Wochen |
| Geburtsverlauf <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> mit Komplikationen <input type="checkbox"/> unbekannt | |
| Geburtsgewicht _ _ _ _ g | Geburtslänge _ _ cm |
| Wie lange wurde ihr Kind ausschließlich gestillt? | |
| <input type="checkbox"/> unter 2 Monate <input type="checkbox"/> 2 bis unter 4 Monate <input type="checkbox"/> 4 bis unter 6 Monate <input type="checkbox"/> länger als 6 Monate <input type="checkbox"/> nie gestillt | |

3. Entwicklung des Kindes

| | |
|--|--|
| Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn nein , bitte Ihre Hinweise: | |
| Liegen gesundheitliche Besonderheiten vor? <input type="checkbox"/> keine | |
| ja nämlich: | <input type="checkbox"/> Sprachauffälligkeiten <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Hörstörungen |
| | <input type="checkbox"/> häufiges Hinfallen <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> unbekannt |

4. Andere Erkrankungen des Kindes

| | | | |
|---|--|--|--|
| Wurde jemals durch einen Arzt eine der folgenden Erkrankungen festgestellt? | <input type="checkbox"/> nein | | |
| ja nämlich: | | | |
| <input type="checkbox"/> Allergischer Schnupfen und/oder Augenentzündung | <input type="checkbox"/> wiederholte Mittelohrentzündung | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung | |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Epilepsie (so genannte Krampfanfälle) | <input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe | |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Hüfterkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Nieren- und Harnwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> ADS/ADHS | <input type="checkbox"/> andere (wenn ja, welche?) | |
| <input type="checkbox"/> unbekannt, ob eine der genannten Erkrankungen vorliegt | | | |
| Mein Kind hatte in den letzten 12 Monaten ... | | | |
| <input type="checkbox"/> mehr als 3 Bronchitiden. | <input type="checkbox"/> eine Lungenentzündung. | <input type="checkbox"/> mehr als 3 Ohrenentzündungen. | <input type="checkbox"/> 5 Erkältungen und mehr. |

5. Fragen zu Allergien

| Haben Eltern oder auch die Geschwister Beschwerden durch ... | Mutter/Vater | | | Geschwister | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein | weiß nicht | ja | nein | weiß nicht |
| → Heuschnupfen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Asthma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Neurodermitis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten ... | ja | nein | weiß nicht | | | |
| gleichzeitig mit Niesanfällen eine laufende, verstopfte oder juckende Nase und/oder tränende Augen, obwohl es nicht erkältet war? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten ... | ja | nein | weiß nicht | | | |
| beim Atmen pfeifende oder fiepende Atemgeräusche im Brustkorb? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| falls ja | | | | | | |
| diese während oder nach körperlicher Anstrengung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| nachts einen trockenen Reizhusten, obwohl es keine Erkältung oder Bronchitis hatte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 5 Anfälle oder mehr von pfeifender oder fiepender Atmung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten ... | ja | nein | weiß nicht | | | |
| einen juckenden Hautausschlag in den Ellenbeugen oder Kniegelenken, an Hand- und Fußgelenken, im Gesicht oder am Hals, der stärker oder schwächer über mindestens 6 Monate andauerte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

6. Fragen zum Verhalten

Kreuzen Sie bitte an, ob die unten aufgeführten Auffälligkeiten bei Ihrem Kind **in den letzten 6 Monaten** aufgetreten sind. Sollte Ihr Kind zurzeit Medikamente erhalten, die sein Verhalten verändern, beantworten Sie bitte die Fragen so wie sich Ihr Kind verhält, wenn es keine Medikamente erhält.

| Mein Kind ... | stimmt | stimmt nicht |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ist zu Hause beim Spielen sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ist im Kindergarten sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ist zu Hause (z. B. beim Essen) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ist im Kindergarten sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ist zu Hause häufig ungehorsam (starrköpfig). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ist im Kindergarten häufig ungehorsam (starrköpfig). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| prügelt sich häufig mit anderen Kindern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wird von anderen Kindern häufig geärgert, gehänselt, verprügelt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hat Angst vor anderen Kindern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hat in den letzten 3 Monaten nachts mehr als 2 mal pro Monat eingenässt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hat Ihr Kind im eigenen Zimmer einen Fernseher, eine Spielkonsole oder Vergleichbares? ja nein

Wie lange sieht Ihr Kind durchschnittlich pro Tag Fernsehsendungen, DVD, Videofilme oder spielt mit der Spielekonsole, dem Smartphone?

weniger als eine Stunde _____ Stunden pro Tag (bitte Anzahl der Stunden eintragen)

7. Fragen zu Unfällen

Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall, der **ärztlich** behandelt werden musste? nein ja unbekannt

↪ Wenn ja, welche Verletzung? Bitte geben Sie in der Tabelle die Verletzung und den dazugehörigen Unfallort ein:

| Verletzung | zu Hause | in der Kita | im Straßenverkehr | anderer Ort |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gehirnerschütterung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| schwere Schnittverletzungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vergiftung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Verbrühung/Verbrennung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Knochenbruch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| andere schwere Verletzung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gibt es auf Grund der Verletzung noch Beschwerden? nein wenn ja, welche:

8. Krankenhausbehandlung

8a. Wurde ihr Kind jemals im Krankenhaus stationär behandelt?

nein ja

Wenn ja, wegen: eines Unfalls einer Krankheit: Wenn ja, welche?

8b. Wurde Ihr Kind jemals operiert (auch ambulant)?

nein ja Wenn ja, wegen: Wann?

9. Derzeitige ärztliche Behandlung

9a. Mein Kind befindet bzw. befand sich wegen einer Erkrankung in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung (nicht wegen Impfungen, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, "U-Untersuchungen") nein ja

9b. Mussten weitere Ärzte wegen einer besonderen Untersuchung oder Behandlung aufgesucht werden? nein ja

Wenn ja, wegen:

Wo?

im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ)

in Brandenburg Berlin Mecklenburg-Vorpommern
 Sachsen Sachsen-Anhalt anderes Bundesland

in spezialfachärztlicher Einrichtung?

in Brandenburg Berlin anderes Bundesland

in psychologischer oder kinder- u. jugendpsychiatrischer Einrichtung

10. Mein Kind befindet bzw. befand sich in den letzten 12 Monaten in Förderung:

nein Wenn ja, welche:

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> in Frühförder- und Beratungsstellen | <input type="checkbox"/> Ergotherapie |
| <input type="checkbox"/> in einer Integrationskita | <input type="checkbox"/> Physiotherapie/ Krankengymnastik |
| <input type="checkbox"/> in Einzelintegration | <input type="checkbox"/> Logopädie |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

11. Medikamenteneinnahme

11a. Nimmt bzw. nahm Ihr Kind in den letzten 12 Monaten regelmäßig Medikamente ein?

nein Wenn ja, welche:

11b. Muss Ihr Kind Notfallarzneimittel mit sich führen?

nein Wenn ja, welche:

12. Mein Kind und ich waren im Netzwerk Gesunde Kinder

nein weniger als 1 Jahr mindestens 1 Jahr
 mindestens 2 Jahre mindestens 3 Jahre

13. Möchten Sie uns noch etwas zur Entwicklung Ihres Kindes mitteilen (Besonderheiten)?
