

Elternfragebogen zur Untersuchung durch die Kinder- und Jugendärzt*innen des Gesundheitsamtes

Sämtliche Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

SRU

Nachname der Kindes	Vorname der Kindes	Geburtsdatum des Kindes _ _ . _ . _ _ _ _
Name(n) und Anschrift(en) der/des Personensorgeberechtigten		Telefon/Handy
Name und Anschrift der Schule		
Schwerbehindertenausweis vorhanden? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Ggf. Grad der Behinderung _____	Ggf. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5

1. Welche der folgenden Krankheiten wurden bei Ihrem Kind jemals durch einen Arzt festgestellt? *Mehrfachnennungen möglich.*

<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Allergischer Schnupfen/ Augenentzündung	<input type="checkbox"/> Tumor/Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Schilddrüsen- funktionsstörung
<input type="checkbox"/> ADS/ADHS	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Hüfterkrankung	<input type="checkbox"/> Andere, und zwar _____
<input type="checkbox"/> Sprachauffälligkeit	<input type="checkbox"/> Allergische Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> Wirbelsäulenleiden	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sehstörung	<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Bewegungsstörung	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Hörstörung	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie/- unverträglichkeit	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Herzfehler/Herzkrankung	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Autismus-Spektrum-Störung (ASS)	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Nieren- und Harnwegs- erkrankung	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="radio"/> Keine

2. Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? *Mehrfachnennungen möglich.*

<input type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> Hirn-/Hirnhautentzündung	<input type="checkbox"/> Ringelröteln	<input type="checkbox"/> Windpocken
<input type="checkbox"/> Hand-Fuß-Mund-Krankheit	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Andere, und zwar _____
<input type="checkbox"/> Borreliose	<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Rotavirus-Infektion	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="radio"/> Keine

3. Welche Erkrankungen sind in den vergangenen 12 Monaten bei Ihrem Kind aufgetreten? *Mehrfachnennungen möglich.*

<input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe	<input type="checkbox"/> Andere, und zwar _____
<input type="checkbox"/> Hals-/Mandelentzündung	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> Cerebraler Krampfanfall	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Pseudokrapp-Anfall	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Infektion	<input type="checkbox"/> Blasen- und Harnwegsentzündung	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="radio"/> Keine

4. Zeigte Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten folgende Auffälligkeiten oder Beeinträchtigungen? *Mehrfachnennungen möglich.*

<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/> Aggressivität	<input type="checkbox"/> Erhebliche Menstruations- beschwerden
<input type="checkbox"/> Bettnässen	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Häufige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Motorische Unruhe/Hyperaktivität	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="radio"/> Keine

5. Bei welchen Ärztinnen oder Ärzten haben Sie Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten vorgestellt? *Mehrfachnennungen möglich.*

<input type="checkbox"/> Kinderarzt/Hausarzt	<input type="checkbox"/> Augenarzt	<input type="checkbox"/> Urologe	<input type="checkbox"/> Gynäkologe
<input type="checkbox"/> Zahnarzt	<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren-Arzt	<input type="checkbox"/> Chirurg/Orthopäde	<input type="checkbox"/> Andere, und zwar _____
<input type="checkbox"/> Kieferorthopäde	<input type="checkbox"/> Hautarzt	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiater	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="radio"/> Bei keinem

6. Welche Behandlungen oder Unterstützungen hat Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten erhalten?

Mehrfachnennungen möglich.

<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Psychologische Behandlung/ Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Anderes, und zwar _____
<input type="checkbox"/> Ergotherapie		
<input type="checkbox"/> Physiotherapie/ Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Psychiatrische Institutionsambulanz (PIA)	
<input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ): Name/Ort: _____		<input type="radio"/> Keine

7. Welche Hilfsmittel nutzt Ihr Kind?

Mehrfachnennungen möglich.

<input type="checkbox"/> Sehhilfe (z. B. Brille)	<input type="checkbox"/> Orthese	<input type="checkbox"/> Anderes, und zwar _____
<input type="checkbox"/> Hörhilfe	<input type="checkbox"/> Zahnersatz (Prothese, Platzhalter)	
		<input type="radio"/> Keine

8. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Ja Namen der Medikamente: _____ Nein

9. Muss Ihr Kind Notfallarzneimittel mit sich führen? Wenn ja, welche?

Ja Namen der Medikamente: _____ Nein

10. Wurde Ihr Kind jemals ambulant oder in einem Krankenhaus operiert?

Ja Nein

Wenn ja, welche Operationen wurden durchgeführt? *Mehrfachnennungen möglich.*

<input type="checkbox"/> Paukenröhrchen	<input type="checkbox"/> Nabelbruch	<input type="checkbox"/> Blutschwamm	<input type="checkbox"/> Andere, und zwar _____
<input type="checkbox"/> Polypenentfernung	<input type="checkbox"/> Phimose	<input type="checkbox"/> Hodenhochstand	
<input type="checkbox"/> Gaumenmandelentfernung/-verkleinerung	<input type="checkbox"/> Leistenbruch		

11. Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall, der ärztlich behandelt wurde?

Ja Nein

Wenn ja, welche Verletzung hat sich das Kind bei dem Unfall zugezogen und wo ist der Unfall passiert?

Bitte kreuzen Sie in der Tabelle die Verletzung und den Unfallort an. *Mehrfachnennungen möglich.*

	Zu Hause	In der Schule	In der Freizeit	Im Straßenverkehr	Anderer Ort
Prellung	<input type="checkbox"/>				
Verstauchung/Verrenkung/Ausrenkung	<input type="checkbox"/>				
Knochenbruch	<input type="checkbox"/>				
Offene Wunde	<input type="checkbox"/>				
Gehirnerschütterung	<input type="checkbox"/>				
Verbrühung/Verbrennung/Verätzung	<input type="checkbox"/>				
Vergiftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Anderer Verletzung, und zwar:	<input type="checkbox"/>				

12. Konsumiert Ihr Kind Alkohol und/oder Nikotin?

Alkohol	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Mehrmals im Monat	<input type="checkbox"/> Täglich	<input type="checkbox"/> Keine Angabe/weiß nicht	
Nikotin	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Mehrmals im Monat	<input type="checkbox"/> Täglich	<input type="checkbox"/> Keine Angabe/weiß nicht	

21. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung? Wenn ja, welche? Bitte nennen Sie den höchsten Abschluss für beide Elternteile.

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, die/der nicht die/der leibliche Mutter/Vater des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

	Mutter	Vater
Ohne Berufsausbildung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In Ausbildung/Studium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abgeschlossene Berufsausbildung/Fachschulabschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(Fach-) Hochschulabschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Inwieweit sind Sie und Ihr/e Partner/in erwerbstätig?

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, die/der nicht die/der leibliche Mutter/Vater des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

Unter "nicht erwerbstätig" werden Personen verstanden, die weniger als eine Stunde pro Woche erwerbstätig sind.

	Mutter	Vater
Vollzeitbeschäftigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teilzeitbeschäftigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nicht erwerbstätig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Möchten Sie uns noch etwas zur Entwicklung Ihres Kindes mitteilen?

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten