

Hinweise zum Ausfüllen dieses Bogens:

Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen ☒ Die Beantwortung aller oder auch einzelner Fragen ist freiwillig!

| | | | | |
|---|------------------------------|--|--|---------------------------------|
| Familiename des Kindes | Vorname | geboren am | Staatsangehörigkeit | Anzahl weiterer Geschwister |
| Muttersprache (Mutter/Vater) | Muttersprache (Vater/Mutter) | Anzahl Erwachsene im Haushalt | Krippen-/KITA/Kindergartenbesuch Dauer in Jahren <input style="width:40px;" type="text"/> | |
| Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten Name(n).....Vorname(n).....PLZ, Ort..... Straße.....Tel.-Nr..... | | | | |
| Schwangerschaft und Geburtsverlauf (Angaben im gelben Heft) | | | | |
| Vollendete Schwangerschaftswochen: _ _ SSW Geburtsgewicht: _ _ _ _ Gram <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt | | | | |
| Entwicklung | | | | |
| Wurden bei Ihrem Kind <u>jemals</u> Entwicklungsverzögerungen festgestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | | |
| Sprachauffälligkeiten in der Entwicklung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Freies Laufen bis 18 Monate <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Erste Worte (wie Mama, Papa, Auto) bis 18 Monate <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Kind wächst mehrsprachig auf <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Kontakt mit der deutschen Sprache <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> nicht seit Geburt | | | | |
| Wenn nicht seit Geburt Kontakt mit der deutschen Sprache, ab welchem Alter? _ Jahre _ _ Monate | | | | |
| Ist Ihr Kind <input type="checkbox"/> Rechtshänder <input type="checkbox"/> Linkshänder <input type="checkbox"/> noch unentschieden | | | | |
| Liegt oder lag bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen oder gesundheitl. Einschränkungen vor? | | | | |
| Sehstörungen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Schielbehandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Brillenträger <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | | | |
| Schwere Hörstörung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | | | |
| Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen: | | | | |
| <input type="checkbox"/> angeborene, schwere Hörstörung | | <input type="checkbox"/> links | | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> erworbene, bleibende Hörstörung | | <input type="checkbox"/> links | | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> mit Hörgerät versorgt seit | | linksMonat/Jahr | | rechtsMonat/Jahr |
| <input type="checkbox"/> mit Cochlea-Implantat versorgt seit | | linksMonat/Jahr | | rechtsMonat/Jahr |
| Angeborene Stoffwechsel-/Hormonstörungen (nur ärztl. diagnostizierte) : <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?): | | | | |
| <input type="checkbox"/> MCAD-Mangel <input type="checkbox"/> Hypothyreose <input type="checkbox"/> PKU <input type="checkbox"/> AGS <input type="checkbox"/> Mukoviszidose <input type="checkbox"/> Diab. mell. Typ I <input type="checkbox"/> Diab. mell. Typ II | | | | |
| Sonstige chronische Erkrankungen: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?): | | | | |
| Schwere Behinderung: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?): | | | | |
| Regelmäßig einzunehmende Medikamente: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?): | | | | |
| Sind Ihnen Erkrankungen Ihres Kindes bekannt, die bestimmte Vorgehensweisen in Notfallsituationen erfordern (z.B. Allergien, Epilepsie, u.a.)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | | | |
| Wenn ja, welche? | | | | |
| Hat Ihr Kind jemals Fördermaßnahmen oder Behandlungen erhalten? | | | | |
| Teilnahme am Vorkurs Deutsch <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | | | |
| Sprachtherapie (Logopädie) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch <input type="checkbox"/> geplant | | | | |
| Frühförderung/Heilpädagogik/Ergotherapie <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch <input type="checkbox"/> geplant | | | | |
| Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch <input type="checkbox"/> geplant | | | | |
| Kinderarzt/Hausarzt: | | | | |

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten