

Personendaten des Kindes:

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Land: _____

Personendaten der Sorgeberechtigten:

Mutter

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Geboren in: _____
 Straße, Hausnummer: _____
 PLZ und Ort: _____
 Telefon: _____
 E-Mail: _____

 Unterschrift der Sorgeberechtigten

Vater

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Geboren in: _____
 Straße, Hausnummer: _____
 PLZ und Ort: _____
 Telefon: _____
 E-Mail: _____

(mit Nennung stimme ich der Kontaktaufnahme per E-Mail zu)

 Unterschrift der Sorgeberechtigten

Ihr Kind ist angemeldet an folgender Grundschule:

Name der Schule: _____

Gewünscht ist:
 Vorzeitige Einschulung Ja Nein
 Zurückstellung Ja Nein

Falls eine Kita besucht wurde:

Name der Kita: _____

Besuch seit: _____

Antrag auf inklusiven Kita-Platz gestellt: Ja Nein

Kinderarzt/Hausarzt des Kindes:

Bei Untersuchung in der Kita:

Ich/wir willige(n) ein, dass mein/ unser Kind in der Kita von Mitarbeitenden des Gesundheitsamtes ohne unsere Anwesenheit untersucht wird und die Mitarbeitenden der Kita den Mitarbeitenden des Gesundheitsamtes Auskunft über mein/ unser Kind geben. Über das Ergebnis der Untersuchung erhalte ich/ erhalten wir einen schriftlichen Bericht.

Allgemeine Schweigepflichtsentbindung:

Ich/wir willige(n) ein, dass sich die Mitarbeitenden des Gesundheitsamts bei Bedarf mit folgenden Stellen über die gesundheitlichen Belange meines/ unseres Kindes austauschen (ggf. bitte durchstreichen):

- Kita/Grundschule
- Kinderärztin/Kinderarzt
- Frühförderstelle Bochum der Diakonie Ruhr
- Clearing- und Diagnostikstelle (Jugendamt Bochum)
- Klinik für Kinder- und Jugendliche (Kath. Klinikum)
- Die genannten Praxen und Therapeuten

Sorgeberechtigte: Bitte bewerten Sie, inwieweit die folgenden Aussagen zutreffen

	Wenig	Mittel	Stark
Selbstbewusstsein: „Mein Kind weiß Zuhause meist was es will und kann seine Wünsche äußern.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelische Entwicklung und soziale Kompetenz: „Mein Kind ist Zuhause überwiegend fröhlich und kann die Wünsche anderer respektieren.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständigkeit: „Mein Kind kann Zuhause alleine essen, trinken, die Toilette besuchen und Kleidung an- und ausziehen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Aktivität: „Mein Kind kann Zuhause rennen, hüpfen, schaukeln und radfahren und mag sich gerne bewegen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufmerksamkeit, Feinmotorik und Kreativität: „Mein Kind hört Zuhause gerne Geschichten, es kann basteln, zeichnen, malen und gestalten.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wird von der Kita ausgefüllt: Bitte bewerten Sie, inwieweit die folgenden Aussagen zutreffen

	Wenig	Mittel	Stark
Selbstbewusstsein: „Das Kind weiß meist was es will und kann seine Wünsche äußern.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelische Entwicklung und soziale Kompetenz: „Das Kind ist überwiegend fröhlich und kann die Wünsche anderer respektieren.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständigkeit: „Das Kind kann alleine essen, trinken, die Toilette besuchen und Kleidung an- und ausziehen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Aktivität: „Das Kind kann rennen, hüpfen, schaukeln und radfahren und mag sich gerne bewegen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufmerksamkeit, Feinmotorik und Kreativität: „Das Kind hört gerne Geschichten, es kann basteln, zeichnen, malen und gestalten.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei wem lebt das Kind hauptsächlich?

- Leibliche Eltern
 Mutter Mutter und Partnerin/Partner
 Vater Vater und Partnerin/Partner
 Verwandte (z.B. Großeltern)
 Pflege-/Adoptiveltern
 Heim

Folgende Geschwister (<18 Jahre) leben im gleichen Haushalt:

1. m w Geburtsjahr: _____
 2. m w Geburtsjahr: _____
 3. m w Geburtsjahr: _____
 4. m w Geburtsjahr: _____
 5. m w Geburtsjahr: _____

Gab es Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt?

- Nein
 Ja, diese: Frühgeburt Mehrlingsgeburt
 Zangengeburt Saugglocke
 Kaiserschnitt Sonstige

Geburtsdaten:

Geburtsgewicht: _____ Gramm
 Länge: _____ cm

Haben Sie gestillt?

Nein
 Ja, und zwar _____ Monate

Wie verlief die Entwicklung Ihres Kindes?

- Krabbeln Ja Nein
 Freies Laufen Ja mit ca. _____ Monaten (i.d.R. 12-15)
 Erste Worte (Mama, Papa, ...) Ja mit ca. _____ Monaten (i.d.R. 18)
 Tagsüber sauber Ja mit ca. _____ Jahre (3,5)
 Nachts sauber Ja mit ca. _____ Jahre (3,5)

Haben Sie Sorgen aufgrund von Auffälligkeiten?

- Nein
 Ja, bei der Sprachentwicklung
 der Konzentrationsfähigkeit
 der körperl. Geschicklichkeit (Malen, Fahrradfahren, ...)
 dem Verhalten
 der Selbstständigkeit

Welche Fördermaßnahmen/Therapien sind bisher erfolgt:

- Keine
 Krankengymnastik von _____ bis _____ (Jahr) Psychomotorik von _____ bis _____ (Jahr)
 Frühförderung (Heilpädagogik/Motopädie) von _____ bis _____ (Jahr) Sprachtherapie (Logopädie) von _____ bis _____ (Jahr)
 Ergotherapie von _____ bis _____ (Jahr) Andere (z.B. Autismustherapie) von _____ bis _____ (Jahr)
- Eine der Förderungen lief länger als 3 Monate Ja Nein

Welche Erkrankungen hatte/hat Ihr Kind?

- Masern Mumps Röteln
 Meningitis Hepatitis Scharlach
 Windpocken

Benötigt Ihr Kind eine Hörhilfe, Brille oder weitere Hilfsmittel?

Ja, und zwar: _____, seit _____
 Nein

- allerg. Rhinitis: Hatte ihr Kind in den letzten 12 Monaten...
 ...gleichzeitig Nießanfälle, eine laufende/juckende Nase und gerötete/tränende/juckende Augen, obwohl es nicht erkältet war? Ja Nein
 ...dadurch eine Einschränkung der Aktivitäten? Ja, stark Ja, mittel Ja, leicht Nein
- Asthma bronchiale: Hatte ihr Kind in den letzten 12 Monaten...
 ...pfeifende Geräusche beim Atmen? Ja Nein
 ...nächtliches Aufwachen wegen pfeifender/keuchender Atmung? Ja Nein
 ...pfeifender/keuchender Atmung bei körperlicher Anstrengung? Ja Nein
 In den letzten 12 Monaten waren die Beschwerden Stark Mittel Wenig Gar nicht

Weitere chronische Erkrankungen: Diabetes mellitus Anfallsleiden Neurodermitis Sonstige _____
 Operationen: Paukenröhrchen Polypen Mandeln Sonstige _____
 Krankenhausaufenthalte: Ja, aus diesem Grund: _____

Gab es Unfälle, die eine ärztl. Behandlung erforderten? Ja, folgende: _____ Nein

Nimmt Ihr Kind dauerhaft Medikamente ein? Ja, folgende: _____ Nein

Benötigt Ihr Kind Notfall-Medikamente? Ja, folgende: _____ Nein

Die Beantwortung dieses Teils erfolgt freiwillig. Die erhobenen Daten werden entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich behandelt und verbleiben beim Arzt bzw. bei der Ärztin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes des Gesundheitsamtes. Wenn Sie Angaben machen, verwenden wir diese Daten anonymisiert im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben des Gesundheitsamtes. Dies ist z.B. die Gesundheitsberichterstattung. Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens erklären Sie das Einverständnis. Weitere Infos finden Sie auf www.bochum.de.

Welchen Schulabschluss haben Sie?

	Mutter	Vater
Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polytechnische Oberschule (POS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Abschluss o. keine Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noch kein Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Berufsausbildung haben Sie?

	Mutter	Vater
Lehre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachschule (Meister, Techniker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschule, Ingenierschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universität, Hochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Ausbildungsabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein beruflicher Abschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noch in Ausbildung/Studentin/Student	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Angaben zur Berufstätigkeit treffen zu?

	Mutter	Vater
Nicht berufstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitssuchend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voll berufstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorübergehende Freistellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+ Bürgergeld (ehemals Harz IV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausbildung/Studium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Sprachen werden in Ihrer Familie gesprochen?

1. _____
2. _____
3. _____

Wie viel Zeit des Tages verbringt Ihr Kind durchschnittlich mit fernsehähnlichen Medien (TV, Tablet, Smartphone, ...)?

_____ Stunden _____ Minuten (täglich)

F11/12

Kann ihr Kind schwimmen?

- Ja Schwimmabzeichen (falls vorhanden):
- Seepferdchen 2
 - Bronze 3
 - Silber 4
 - Gold 5
- Nein 0

F13

Was trinkt Ihr Kind am meisten? (nur eine Antwort)

- Leitungswasser 1
- Mineralwasser 2
- Saft oder Saftschorle (z.B. Apfelschorle) 3
- Limonade/Softdrinks (z.B. Fanta, Sprite) 4
- Sonstiges: _____ 5

F14