

**Name und Vorname/n des Kindes:** .....

**Name und Tel.-Nr. der Mutter bzw. Elternteil 1:** .....

**Name und Tel.-Nr. des Vaters bzw. Elternteil 2:** .....

Geburtsdatum des Kindes: . . . . .

Geschlecht des Kindes: männlich weiblich divers

Wohnadresse des Kindes: PLZ Ort: .....

Straße, Hausnr.: .....

Geburtsland des Kindes Deutschland nicht Deutschland, sondern: .....

Geburtsland der Mutter bzw. Elternteil 1 Deutschland nicht Deutschland, sondern: .....

Geburtsland des Vaters bzw. Elternteil 2 Deutschland nicht Deutschland, sondern: .....

Nationalität der Mutter bzw. Elternteil 1 deutsch nicht deutsch, sondern: .....

Nationalität des Vaters bzw. Elternteil 2 deutsch nicht deutsch, sondern: .....

Nationalität der Mutter bzw. Elternteil 1 deutsch nicht deutsch, sondern: .....

Nationalität des Vaters bzw. Elternteil 2 deutsch nicht deutsch, sondern: .....

Nationalität der Mutter bzw. Elternteil 1 deutsch nicht deutsch, sondern: .....

Nationalität des Vaters bzw. Elternteil 2 deutsch nicht deutsch, sondern: .....

**Zuständige Grundschule:** .....

**1. Schwangerschaft und Geburtsverlauf**

Erkrankung der Mutter in der Schwangerschaft (z. B. Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck, (Prä)Eklampsie, Thrombose)

nein ja wenn ja, welche? .....

Normalgeburt (Spontangeburt) Frühgeburt Kaiserschnitt

weitere Geburtskomplikationen (z.B. Saugglocke, Zangengeburt) Mehrlingsgeburt Geburtsgewicht g

**2. Entwicklung des Kindes**

Allein Laufen gelernt bis zum 15. Monat später

Sprechen gelernt (mind. 2-Wort-Sätze, ca. 50 Wörter) bis zum 2. Geburtstag später

Tags und nachts sauber bis zum 4. Geburtstag später

**3. Frühere Erkrankungen**

**Hatte Ihr Kind in der Vergangenheit eine/ mehrere der folgenden Erkrankungen/ Beeinträchtigungen?**

- |                                                       |                                    |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Windpocken                                            | häufige Atemwegserkrankungen (ARE) |
| Hörstörung                                            | Pseudokrapp                        |
| Krampfanfälle (Fieberkrampf, Epilepsie)               | Spreiz(hosen)behandlung            |
| wiederholte Mittelohrentzündung(en)/ -vereiterung(en) | Erkrankung(en) der Füße            |
| Nieren- / Blasenerkrankung(en)                        | Erkrankung(en) der Wirbelsäule     |
| Herz-Kreislauf-Erkrankung(en)                         |                                    |
| sonstige Erkrankung(en) / welche? .....               |                                    |

**4. Aktuelle (derzeitige) gesundheitliche Besonderheiten**

**Hat Ihr Kind derzeit eine/ mehrere der folgenden Erkrankungen/ Beeinträchtigungen?**

- |                                           |                                  |
|-------------------------------------------|----------------------------------|
| Sehstörung (z.B. Brillenträger, Schielen) | Diabetes (Zuckerkrankheit) Herz- |
| gehäuftes Atmen mit offenem Mund          | Kreislauf-Erkrankung(en)         |
| Auffälligkeit(en) im Verhalten            | Nieren-/ Blasenerkrankung(en)    |
| sonstige Erkrankung(en) / welche? .....   |                                  |

**5. Hat ein(e) Ärztin/Arzt jemals eine der folgenden Krankheiten festgestellt?**

- |               |                             |
|---------------|-----------------------------|
| Asthma        | chronische Bronchitis       |
| Neurodermitis | Allergie(n) / welche? ..... |

**6. Krankenhausaufenthalte und Operationen**

- Lag Ihr Kind jemals im Krankenhaus? nein ja, und zwar insgesamt mal
- wegen: akuter Erkrankung chronischer Krankheit Unfall stationäre Operation(en) sonst.
- Wurde Ihr Kind jemals **ambulant** operiert? nein ja
- Gründe Krankenhausaufenthalt(e)/ Operation(en): .....

