



LANDKREIS  
GÖPPINGEN

## Fragebogen für sorgeberechtigte Personen (Schritt 1)

**Sehr geehrte Eltern,  
sehr geehrte Sorgeberechtigte,**

erleichtert wird die Einschulungsuntersuchung, wenn frühere Erkrankungen und die Entwicklung des Kindes bekannt sind. Deshalb bitten wir Sie, mit diesem Fragebogen Fragen zur familiären und gesundheitlichen Situation Ihres Kindes zu beantworten.

Die Beantwortung aller Fragen ist **freiwillig**. Sie können den Fragebogen vollständig, teilweise oder gar nicht ausfüllen. Nur mit Ihren Angaben können wir Untersuchung und Beratung auf Ihr Kind abstimmen. Abgesehen hiervon entsteht Ihrem Kind und Ihnen jedoch kein Nachteil, wenn Sie den Bogen nicht oder nicht vollständig ausfüllen.

Der Fragebogen wird nach der Einschulungsuntersuchung mit den anderen Unterlagen Ihres Kindes zur schulärztlichen Untersuchung im Gesundheitsamt verschlossen aufbewahrt und spätestens vier Jahre nach der termingerechten Einschulung beim Gesundheitsamt vernichtet. Eine Weiterleitung des Fragebogens an die Schule oder eine andere Stelle erfolgt unter keinen Umständen.

Wenn Sie den Fragebogen ausgefüllt an uns zurück geben, willigen Sie ein, dass wir den Fragebogen für die Untersuchung Ihres Kindes nutzen. Sie können den Fragebogen jederzeit zurück erhalten. Ihre Angaben aus dem Fragebogen werden danach nicht mehr verwendet.

**Mit freundlichen Grüßen**

**Ihr Kinder- und Jugendärztliches Team**

---

Name, Vorname und Geburtsdatum des Kindes

---

Kindertageseinrichtung/Gruppe

---

Telefon-Nummer (für Rückfragen)

**1. Wie lange besucht Ihr Kind bis jetzt eine Kindertageseinrichtung?**

- nie            bis zu 1 Jahr            bis zu 2 Jahren            bis zu 3 Jahren            3 Jahre und länger
- 

**2. Bei wem lebt Ihr Kind hauptsächlich? (Hier bitte nur ein Kreuz machen!)**

- Bei den Eltern.....
- Bei einem Elternteil (Mutter oder Vater).....
- Andere (bitte ergänzen): \_\_\_\_\_

**3. Mit wie vielen Geschwistern lebt Ihr Kind?**

(Gemeint sind in diesem Fall auch Halbgeschwister und angeheiratete Geschwister)

Mein Kind lebt mit keinem Geschwister zusammen, es lebt als Einzelkind

Bitte geben Sie das Alter der Geschwister an (in Jahren):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**4. Welche Sprachen wurden mit Ihrem Kind während der ersten drei Lebensjahre gesprochen?**

- Deutsch             Andere Sprachen             Deutsch und eine andere Sprache

Welche anderen Sprachen: \_\_\_\_\_

**5. Einige Fragen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes**

**5.1 Hat oder hatte Ihr Kind jemals folgende Krankheiten?**

- Asthma..... Ja             Nein
- Hörstörungen ..... Ja             Nein
- Andere chronische Erkrankung (beispielsweise Rheuma,  
Zuckerkrankheit, Herzleiden, Anfallsleiden) ..... Ja             Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind eine Behinderung? ..... Ja  Nein

Wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind jemals operiert worden? ..... Ja  Nein

Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

War Ihr Kind schon mal stationär im Krankenhaus? Ja  Nein

Wenn ja, warum: \_\_\_\_\_

### 5.2 Benötigt oder nimmt Ihr Kind vom Arzt/von der Ärztin verschriebene Medikamente?

(außer Vitamine) ..... Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Müssen Medikamente während der Zeit  
in der Kindertageseinrichtung,  
in der Schule verabreicht werden? ..... Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

### 5.3 Bekommt oder wartet Ihr Kind auf eine spezielle Förderung oder Therapie?

Ja  Nein

	Nein	Ja	Beginn im Alter			Kind steht auf Warteliste	Dauer in Jahren			Maßnahme ist abge- schlossen
			von 2	3	4 Jahren		<1	2	3	
Sprachförderung in der Kindertages- einrichtung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Logopädie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ergotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Psychotherapie/ psychiatrische Therapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Andere Förder- oder Heil- maßnahmen*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

\*Welche? \_\_\_\_\_

Beratung über eine Erziehungsberatungsstelle ist geplant  findet statt  ist abgeschlossen

**5.4 Wurde Ihr Kind in den letzten zwölf Monaten von einem Augenarzt/einer Augenärztin untersucht oder behandelt?**

Ja                       Nein

Hat Ihr Kind eine Brille (Sehhilfe)?

Ja                       Nein

In welchem Alter hat Ihr Kind die Sehhilfe bekommen? Mit   Jahren.

**6. Wie lange sieht Ihr Kind durchschnittlich pro Tag Fernsehsendungen und Filme an beziehungsweise wie viel Zeit verbringt es am Computer/an der Spielkonsole? (Bitte kreuzen Sie an, was am ehesten zutrifft.)**

	Gar nicht	etwa 30 Minuten/Tag	etwa 1 bis 2 Stunden/Tag	etwa 3 bis 4 Stunden/Tag	5 oder mehr Stunden/Tag
An einem Wochentag .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An einem Samstag/Sonntag ..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Steht ein Fernsehgerät, ein PC oder eine Spielkonsole im Kinderzimmer? Ja                       Nein

**7. Machen Sie sich Sorgen um die Entwicklung oder das Verhalten Ihres Kindes**  
(beispielsweise wegen Lese-Rechtschreibschwäche, psychischer Belastung oder anderen Problemen in der Familie)?

Ja                       Nein

Wenn Sie dazu eine Beratung wünschen, dann nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf.

**8. Was sind Stärken und Begabungen Ihres Kindes?**

---

---

---

**Die folgenden Angaben sind, wie der übrige Fragebogen auch, freiwillig.**

**Sie werden zur anonymen statistischen Auswertung ausschließlich dem Landesgesundheitsamt zur Verfügung gestellt.**

**9. Die erwachsenen Bezugspersonen des Kindes**

**Mutter**

**Vater**

sind geboren im Jahr:

--	--	--	--

--	--	--	--

haben die deutsche Staatsangehörigkeit:

ja.....  .....

nein.....  .....

sind in Deutschland geboren:

ja.....  .....

nein.....  .....

leben hauptsächlich in Deutschland seit:

--	--	--	--

--	--	--	--

haben diesen Schulabschluss:

Förderschule .....  .....

Hauptschule .....  .....

Mittlere Reife .....  .....

Abitur, FH-Reife .....  .....

einen anderen .....  .....

keinen.....  .....

erwarben den Schulabschluss in Deutschland.....  .....

sind erwerbstätig .....in Vollzeit.....  .....

in Teilzeit .....  .....

in Schichtdienst/Nachtarbeit .....  .....

falls nicht erwerbstätig: Hausfrau/Hausmann .....  .....

arbeitsuchend.....  .....

Ausbildung/Studium .....  .....