

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

Familienname des Kindes	Vorname	geboren am	Staatsangehörigkeit	Anzahl weiterer Geschwister
Muttersprache (Mutter)	Muttersprache (Vater)	Anzahl Erwachsene im Haushalt	Krippen-/KITA/Kindergartenbesuch Dauer in Jahren: <input type="text"/>	
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten				
Name(n).....Vorname(n).....PLZ, Ort.....				
Straße.....Tel.-Nr.....				
<b>Schwangerschaft und Geburtsverlauf (Angaben im gelben Heft)</b>				
Geburtsgewicht:  _ _ _ _  Grammm Vollendete Schwangerschaftswochen:  _ _  ssw <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt				
<b>Entwicklung</b>				
Wurden bei Ihrem Kind <u>jemals</u> Entwicklungsverzögerungen festgestellt? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span>				
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				
<b>Liegt oder lag bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen oder gesundheitl. Einschränkungen vor?</b>				
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		links .....Monat/Jahr	rechts .....Monat/Jahr	
<input type="checkbox"/> mit Cochlea-Implantat versorgt seit		links .....Monat/Jahr	rechts .....Monat/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? .....				
<b>Hat Ihr Kind jemals Fördermaßnahmen oder Behandlungen erhalten?</b>				
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

Stand: Juli 2019

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten