

Fragebogen zur Schuleingangsuntersuchung

Ihre Angaben werden für die amtsärztliche Begutachtung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung gemäß § 11 des Gesetzes für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG NRW) sowie §§ 35, 54 Schulgesetz NRW benötigt.

Bitte beantworten Sie uns alle Fragen.

Ihre Angaben werden streng vertraulich gemäß DSGVO (Datenschutz-Grundverordnung) behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Angaben zum Schulkind und zur Familie

Name des Kindes:		Vorname des Kindes:	
Geburtsdatum:	Telefonnummer der Eltern:		
E-Mail Adresse:			
Wohnort, Straße und Hausnummer:			
Geburtsland und -ort des Kindes:		Staatsangehörigkeit des Kindes:	
Anzahl und Geburtsjahr der (Halb-)Geschwister, die im Haushalt leben:		Behandelnde/r Kinderärztin/ Kinderarzt:	
Name und Vorname Elternteil 1:		Name und Vorname Elternteil 2:	
Geburtsland:		Geburtsland:	
Staatsangehörigkeit:		Staatsangehörigkeit:	
Name der Kita:		Name der zukünftigen Grundschule:	
Kita-Besuch seit: (Monat/ Jahr)			

Schwangerschaft, Geburt und Entwicklung Ihres Kindes (soweit Sie sich erinnern können):

Geburtsgewicht _____

Schwangerschaftswoche _____

Das Kind konnte frei laufen mit _____ Monaten.

Es war tags **und** nachts sauber mit _____ Monaten.

Es konnte die ersten Worte mit _____ Monaten sprechen.

Hatte oder hat Ihr Kind eine der nachfolgend aufgeführten Krankheiten? (bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Windpocken | ☐ häufig Mittelohrentzündungen | ☐ Bronchitis (mehr als 3 pro Jahr) |
| ☐ Anfallsleiden/Epilepsie | ☐ Asthma | ☐ Diabetes |
| ☐ Neurodermitis | ☐ häufig Pseudokrapp | ☐ Scharlach |
| ☐ mehr als 5 Erkältungen pro Jahr | | |

Allergien ☐ Nein ☐ Ja Notfallmedikament: erforderlich? ☐ Nein ☐ Ja | welches _____

Welche Allergien? _____

☐ Sonstige Erkrankungen oder wichtige Angaben für den Schulärztlichen Dienst:

Gibt Ihr Kind häufiger gesundheitliche Beschwerden an (z. B. Kopf- oder Bauchschmerzen, Müdigkeit, Appetitmangel)?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche? _____

Befindet sich Ihr Kind in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja

☐ **Kinderärztin/ Kinderarzt** oder **Ärztin/ Arzt anderer Fachrichtung** (weshalb und letzte Untersuchung)

☐ **Augenärztin/ Augenarzt**

Mein Kind trägt eine Brille: ☐ Nein ☐ Ja

letzte Untersuchung _____

nächste geplante Untersuchung _____

☐ **HNO-Ärztin/ HNO-Arzt | Pädaudiologin/ Pädaudiologe**

letzte Untersuchung _____

nächste geplante Untersuchung _____

Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente (z. B. Tabletten, Salben, Cremes, Inhalationen)?

☐ Nein ☐ Ja Welche? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall, der zu einer ärztlichen Behandlung geführt hat?

☐ Nein ☐ Ja Weshalb und wann? _____

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus oder ist es schon einmal operiert worden?

Krankenhaus ☐ Nein ☐ Ja Operation ☐ Nein ☐ Ja

Weshalb und wann? _____

Angaben zu Therapien und Förderungen

Sprachtherapie (Logopädie)	☐ Nein ☐ Ja	Zeitraum: ☐ läuft noch
Ergotherapie	☐ Nein ☐ Ja	Zeitraum: ☐ läuft noch
Krankengymnastik	☐ Nein ☐ Ja	Zeitraum: ☐ läuft noch
Psychomotorik/ Motopädie	☐ Nein ☐ Ja	Zeitraum: ☐ läuft noch
Frühförderung	☐ Nein ☐ Ja	Zeitraum: ☐ läuft noch
Integrative Förderung im Kindergarten	☐ Nein ☐ Ja	Zeitraum: ☐ läuft noch
Psychologisch/ psychiatrische Behandlung	☐ Nein ☐ Ja	Zeitraum: ☐ läuft noch
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	☐ Nein ☐ Ja	Zeitraum: ☐ läuft noch
andere Hilfeleistungen ☐ Erziehungsberatung ☐ Kontakt zum Jugendamt ☐ Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) ☐	☐ Nein ☐ Ja	Wenn ja, welche und wie lange?

Wenn Ihr Kind zweisprachig aufwächst, welche ist die Erstsprache? _____

Welche weitere/n Sprache/ n spricht es noch? _____

Treibt Ihr Kind regelmäßig Sport? (Sportverein/ Tanzschule/ Reitverein o. ä.) ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche Sportart und seit wann? _____

Kann Ihr Kind Fahrrad fahren? ☐ Nein ☐ Ja **Ohne Stützräder?** ☐ Nein ☐ Ja

Besucht Ihr Kind einen Schwimmkurs? ☐ Nein ☐ Ja **Hat es das Schwimmbzeichen „Seepferdchen“?** ☐ Nein ☐ Ja

Wie lange nutzt Ihr Kind durchschnittlich pro Tag elektronische Medien? (Fernsehen, Tablet, PC, Videos, Streamingdienste, Spielkonsolen, Handy) Bitte unterscheiden Sie dabei zwischen „Montag bis Freitag“ und „Samstag/ Sonntag“.

Montag bis Freitag pro Tag: _____ Std. _____ Min | **Samstag/ Sonntag** pro Tag: _____ Std. _____ Min

Machen Sie sich Gedanken oder sorgen Sie sich um Ihr Kind wegen:

seines Seh- oder Hörvermögens? Nein ☐ Ja ☐

seiner Sprachentwicklung? Nein ☐ Ja ☐

seiner Konzentrationsfähigkeit? Nein ☐ Ja ☐

seines Verhaltens? Nein ☐ Ja ☐



**Für die Schule relevante Informationen sowie die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung meines Kindes dürfen von den Mitarbeitenden des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes mit den Erzieherinnen und Erziehern der Kita meines Kindes wechselseitig besprochen werden.
Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden**

Ich Frau / Herr _____ versichere, dass ich die obigen Angaben für mein Kind
_____ nach bestem Wissen gemacht habe.

(bitte Name, Vorname und Geburtsdatum des Kindes eintragen)

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten