Elternfragebogen zur Schuleingangsuntersuchung

Die Angaben der Fragen 1-12 benötigt der Schularzt / die Schulärztin für die schulärztlich/medizinische Beurteilung gemäß § 11 der Schulordnung für öffentliche Grundschulen in Rheinland-Pfalz. Die Informationen dienen als Grundlage für das gemeinsame Gespräch und für die Feststellung des aktuellen Entwicklungsstandes des Kindes. Die Beantwortung dieser Fragen wird auf jeden Fall erbeten. Unklarheiten zu einzelnen Fragen können im Gespräch geklärt werden.

LANDKREIS ALTENKIRCHEN

1. Angaben zur Familie

Ausgefüllt am: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (Tag Monat Jahr)

	Kind	Mutter	Vater
Name			
Vorname			
Adresse			

Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐ Telefon: _____

Geburtsdatum: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (Tag Monat Jahr) Geburtsland des Kindes: _____

2. Welche Einrichtungen besuchte Ihr Kind bisher? (Mehrfachnennungen möglich)

Krippe ☐ Kindergarten/-tagesstätte ☐ Förderkindergarten ☐
Tagespflege ☐ Integrative Kindertagesstätte ☐ **Keine Einrichtung** ☐

Das Kind besucht seit ____ Jahren und _____ Monaten die derzeitige Einrichtung.

Alter des Kindes zu Beginn der ersten Betreuung außerhalb der Familie:_____Jahre_____ Monate.

3. Welche Infektionskrankheiten hatte Ihr Kind bereits?

Windpocken ☐ Mumps ☐ Salmonellen ☐
Scharlach ☐ Röteln ☐ Borreliose ☐
Ringelröteln ☐ Keuchhusten ☐ Hirn-/Hirnhautentzündung ☐
Masern ☐ Hepatitis B ☐ Rotaviren ☐
Andere ☐ Wenn andere, welche?_____ **Keine** ☐

4. Welche akuten Erkrankungen sind in den letzten 12 Monaten aufgetreten?

Bronchitis ☐ Blasen-/Harnwegsentzündung ☐ Pseudokrupp-Anfall ☐
Hals-/Mandelentzündung ☐ Lungenentzündung ☐ Cerebraler Krampfanfall ☐
Mittelohrentzündung ☐ Fieberkrämpfe ☐ Häufige Infekte ☐
Magen-Darm-Infektion ☐
Andere ☐ Wenn andere, welche? _____ **Keine** ☐

5. Hatte Ihr Kind jemals folgende von einem Arzt diagnostizierte Beeinträchtigungen?

Bitte bringen Sie ggf. aussagefähige Unterlagen mit!

Allergien ☐ Polypen (Adenoide) ☐ Krampfanfälle (Epilepsie) ☐
Neurodermitis ☐ Wirbelsäulenleiden ☐ Tumor-/Krebserkrankung ☐
Chronische Bronchitis ☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Rheuma ☐
Asthma bronchiale ☐ Herzfehler/Herzerkrankung ☐ Autismus ☐
Heuschnupfen ☐ Diabetes mellitus ☐ Angeborene Beeinträchtigung ☐
Nahrungsmittelallergie ☐ Chron. Harnwegsinfekte ☐ Körperliche Beeinträchtigung ☐
Allergische Hautausschläge ☐ Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ☐ Geistige Beeinträchtigung ☐
Andere ☐ Wenn andere, welche?_____ **Keine** ☐

6. Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten folgende Symptome oder Auffälligkeiten?

Sehbeeinträchtigung ☐	Wurmerkrankungen ☐	Nahrungsmittelunverträglichkeit ☐
Hörbeeinträchtigung ☐	Übergewicht ☐	Motorische Unruhe/Hyperaktivität ☐
Sprachauffälligkeiten ☐	Untergewicht ☐	Aggressivität ☐
Entwicklungsverzögerung ☐	Häufige Kopfschmerzen ☐	Ein-/Durchschlafstörung ☐
Konzentrationsstörung ☐	Häufige Bauchschmerzen ☐	Häufiges Schnarchen (ohne Infekte) ☐
Bettnässen ☐	Häufige Beinschmerzen ☐	Mundatmung/behinderte Nasenatmung ☐
Einkoten ☐	Ängstlichkeit ☐	Ausgeprägte Tagesmüdigkeit ☐
Andere ☐	Wenn andere, welche? _____	**Keine** ☐

7. Bei welchen Ärzten oder Therapeuten war Ihr Kind in den letzten 12 Monaten?

Kinderarzt ☐	Augenarzt ☐	Heilpraktiker ☐
Hausarzt ☐	HNO-Arzt ☐	Kinder- und Jugendpsychiater ☐
Zahnarzt ☐	Hautarzt ☐	Psychologe ☐
Kieferorthopäde ☐	Urologe ☐	Chirurg/Orthopäde ☐
Bei Anderen ☐	Bei welchen? _____	**Keine** ☐

8. Wurden bei Ihrem Kind jemals folgende Untersuchungen oder Behandlungen durchgeführt?

	Genauere Angaben (z.B. Ambulante Operationen: Polypen)
Entwicklungsdiagnostik ☐	_____
Reha- oder Kuraufenthalt ☐	_____
Allergietest ☐	_____
Ambulante Operation ☐	_____
Stationäre Krankenhausbehandlung ☐	_____
Keine Untersuchungen/Behandlungen ☐	

9. Welche Behandlungen oder Unterstützungen hat Ihr Kind bislang erhalten?

Sprachtherapie/Logopädie ☐	Frühförderung ☐	Heilpädagogische Behandlung ☐
Ergotherapie ☐	Sprachförderung in KiTa ☐	Psychotherapie ☐
Krankengymnastik ☐	Integrationshilfe ☐	Familienhilfe ☐
Kieferorthop. Behandlung ☐	Erziehungsberatung ☐	Psychologische Beratung ☐
Andere ☐	Wenn andere, welche? _____	**Keine** ☐

10. Hatte Ihr Kind jemals Unfälle oder Vergiftungen, die ärztliche Behandlung erforderten?

Unfall zu Hause ☐	Unfall im Straßenverkehr ☐	Vergiftung ☐
Unfall in KiTa/Schule/Verein ☐	Unfall an einem sonstigen Ort ☐	**Keine** ☐

11. Nahm Ihr Kind im letzten Jahr Arzneimittel ein?

Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, wegen	Regelmäßig	Bei Bedarf	Name des Medikamentes
Allergien	☐	☐	_____
Asthma	☐	☐	_____
Epilepsie (Krampfanfälle)	☐	☐	_____
Hyperaktivität	☐	☐	_____
anderer Leiden	☐	☐	_____

12. Möchten Sie uns noch etwas über Ihr Kind mitteilen?

_____

Die Beantwortung der Fragen 13-27 ist freiwillig!

Diese Fragen dienen vorrangig der Gesundheitsberichtserstattung und werden anonymisiert (ohne Angaben von Personalien) an das Statistische Landesamt Rheinland-Pfalz weitergeleitet, gespeichert und verarbeitet. Sowohl die Schuleingangsuntersuchung als auch spätere Untersuchungen oder Stellungnahmen sind davon unabhängig. Sie können im Zweifelsfall auch einzelne Fragen unbeantwortet lassen. Ihnen oder Ihrem Kind entstehen daraus selbstverständlich keine Nachteile.

13. Wie lange wurde Ihr Kind gestillt?

Nicht gestillt..... ☐ Weniger als 1 Monat..... ☐ 1 - 3 Monate..... ☐
4 - 6 Monate ..... ☐ Mehr als 6 Monate .....☐ Unbekannt..... ☐

Es wurde bis zum ☐☐ten Lebensmonat **ausschließlich** gestillt. Unbekannt..... ☐

14. Bei wem lebt das Kind hauptsächlich? (Hier bitte nur ein Kreuz machen)

Bei den leiblichen Eltern ..... ☐ Im Heim ..... ☐
Bei der Mutter mit Partner/in ..... ☐ Bei Pflegeeltern/Adoptiveltern ..... ☐
Bei der Mutter alleinerziehend ..... ☐ Bei anderen Familienmitgliedern..... ☐
Bei dem Vater mit Partner/in..... ☐ Bei anderen Personen ..... ☐
Bei dem Vater alleinerziehend..... ☐

15. Wie viele Kinder leben insgesamt in Ihrem Haushalt?

1 Kind... ☐ 2 Kinder... ☐ 3 Kinder... ☐ 4 Kinder... ☐ Mehr als 4 Kinder... ☐, wie viele? _____

16. Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? (Mehrfachnennungen sind möglich)

Deutsch...☐ Andere Sprachen ... ☐ Welche? _____

17. In welchem Land sind Sie geboren? (Bitte für beide Elternteile angeben)

Mutter ..In Deutschland ... ☐ In einem anderen Land ... ☐ In welchem? _____
Vater....In Deutschland ... ☐ In einem anderen Land ... ☐ In welchem? _____

18. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? (Bitte für das Kind und beide Elternteile angeben)

Kind.....Deutsch.. ☐ Andere/weitere Staatsangehörigkeit ..☐ Welche? _____
Mutter ...Deutsch.. ☐ Andere/weitere Staatsangehörigkeit ..☐ Welche? _____
Vater.....Deutsch.. ☐ Andere/weitere Staatsangehörigkeit ..☐ Welche? _____

19. Wird in Ihrem Haushalt geraucht?

Nie...☐ Gelegentlich...☐ Häufig.. ☐

20. Welchen Schulabschluss haben Sie? (Nennen Sie bitte nur den höchsten Schulabschluss. Bitte für beide Elternteile angeben!)

	Mutter/Sorgeberechtigte	Vater/Sorgeberechtigter
Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss	☐	☐
Realschulabschluss (Mittlere Reife)	☐	☐
Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule).....	☐	☐
Allgemeine Hochschulreife (Abitur).....	☐	☐
Anderer Schulabschluss	☐	☐
(Noch) in schulischer Ausbildung (Schüler)	☐	☐
Schule beendet ohne Schulabschluss	☐	☐

21. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung? Wenn ja, welche? (Nennen Sie bitte nur den höchsten Abschluss. Bitte für beide Elternteile angeben!)

	Mutter/Sorgeberechtigte	Vater/Sorgeberechtigter
Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)	☐	☐
Berufsschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung)	☐	☐
Fachschule (z. B. Meister-Techniker-Schule, Berufs- oder Fachakademie)	☐	☐
Fachhochschule, Ingenieurschule	☐	☐
Universität, Hochschule	☐	☐
Anderer Ausbildungsabschluss	☐	☐
Noch in beruflicher Ausbildung	☐	☐
Kein Abschluss	☐	☐

22. Wer hat den Fragebogen beantwortet?

Mutter/Sorgeberechtigte ☐ Großmutter ☐ Pflegemutter ☐ Geschwister des Kindes ☐
Vater/Sorgeberechtigter ☐ Großvater ☐ Pflegevater ☐ Andere Person ☐

23. Ist Ihr Kind in einem Sportverein oder einem vergleichbaren Kursangebot?

Nein ☐ Ja ☐ Art? _____

24. Kann Ihr Kind bereits ohne Schwimmhilfen schwimmen?

Nein ☐ Ja ☐ Schwimmabzeichen? _____

25. Besucht Ihr Kind derzeit einen Schwimmkurs?

Nein ☐ Ja ☐

26. Wie viel Medienkonsum hat Ihr Kind im Durchschnitt täglich (Fernsehen, PC, Tablet, etc.)?

Gar keinen ☐ Bis zu 1 Std. ☐ Bis zu 3 Std. ☐ Mehr als 4 Stunden ☐
Bis zu einer halben Stunde ☐ Bis zu 2 Std. ☐ Bis zu 4 Std. ☐ Keine Angaben ☐

27. Nimmt Ihr Kind ein Musikangebot (Musikschule, musikal. Früherziehung, Chor, etc.) wahr?

Nein ☐ Ja ☐ Art? _____

Drucken | Eingabe löschen | Formular speichern