

Fragebogen für sorgeberechtigte Personen (Schritt 1)

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

die Untersuchung des Gesundheits- und Entwicklungsstandes Ihres Kindes in Vorbereitung auf die Einschulung ist besonders wichtig, um frühzeitig Förderung und notwendige Behandlungen anzuregen. 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. 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 zurückgeben, willigen Sie ein, dass wir den Fragebogen für die Untersuchung Ihres Kindes nutzen. Einige Daten dienen darüber hinaus der Gesundheitsberichterstattung und werden zur anonymen statistischen Auswertung dem Landesgesundheitsamt zur Verfügung gestellt. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Die Sozialangaben (letzte Seite des Fragebogens) werden unmittelbar nach der Erfassung vernichtet.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Name, Vorname und Geburtsdatum des Kindes

Kindertageseinrichtung/Gruppe

Telefonnummer und Mailadresse der Eltern/Sorgeberechtigten (für Rückfragen)

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

- nie weniger als 1 Jahr 1 bis 2 Jahre 2 bis 3 Jahre 3 Jahre und länger
-

Wie viele Stunden ist Ihr Kind **pro Woche** in der Kindertageseinrichtung?

Stunden

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

- Bei den Eltern
- Bei einem Elternteil
- Andere (bitte ergänzen) _____

3. Mit wie vielen Geschwistern/Halbgeschwistern lebt Ihr Kind zusammen?

Anzahl:

Bitte geben Sie das Geburtsjahr der Geschwister/Halbgeschwister an:

4. Welche Sprache(n) wurde(n) mit Ihrem Kind während der ersten drei Lebensjahre gesprochen (Familiensprache)?

Deutsch Andere Sprache(n) Deutsch und andere Sprache(n)

Welche andere(n) Sprache(n)? _____

Machen Sie sich Sorgen um die Sprachentwicklung Ihres Kindes in der Familiensprache?

Ja Nein Wenn ja, welche Sorgen machen Sie sich?

5. In welchem Land wurde Ihr Kind geboren?

Deutschland Anderes Land Welches? _____

6. Einige Fragen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes

6.1 Hat oder hatte Ihr Kind jemals folgende Krankheiten?

Hörstörungen Ja Nein

Wenn ja, ist Ihr Kind deswegen aktuell in Behandlung? Ja Nein

Sehstörungen Ja Nein

Wenn ja, ist Ihr Kind deswegen aktuell in Behandlung? Ja Nein

Hat Ihr Kind eine Brille (Sehhilfe)? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Alter hat Ihr Kind die Sehhilfe bekommen?
Mit Jahren

Andere chronische Erkrankung (beispielsweise Asthma, Rheuma, Diabetes, 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 einmal stationär im Krankenhaus Ja Nein

Wenn ja, warum? _____

6.2 Benötigt oder nimmt Ihr Kind vom Arzt/von der Ärztin verschriebene Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Müssen Medikamente während der Zeit in der Kindertages-Einrichtung verabreicht werden? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

6.3 Bekommt oder wartet Ihr Kind auf eine spezielle Förderung oder Therapie bzw. hat diese beendet? Ja Nein

Wenn ja, bitte ankreuzen:	Kind bekommt Therapie	Kind steht auf der Warteliste	Kind hat Therapie beendet	Falls Therapie begonnen, wann? (Monat/Jahr)	Falls Therapie beendet, wann? (Monat/Jahr)
Sprachförderung in der Kindertageseinrichtung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Logopädie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Ergotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Psychiatrische Therapie/ Psychotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Andere Beratungs-, Förder- oder Heilmaßnahmen*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

*z.B. Frühförderung, Heilpädagogik, Beratung/Behandlung über ein Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), Erziehungsberatungsstelle, Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungsstelle.

Wenn ja, welche?

7. Wie lange sieht Ihr Kind durchschnittlich pro Tag Fernsehsendungen und Filme an und/oder spielt mit dem Smartphone/Tablet/Computer/an der Spielkonsole?

(Bitte kreuzen Sie an, was am ehesten zutrifft.)

	Gar nicht	Bis zu 30 Minuten	1/2 bis 1 Stunde	1 bis 2 Stunden	2 bis 4 Stunden	Mehr als 4 Stunden
An einem Wochentag	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>

Besitzt Ihr Kind ein eigenes Fernsehgerät/Smartphone/Tablet/Computer/Spielekonsole?
Ja Nein

8. Machen Sie sich Sorgen um die Entwicklung oder das Verhalten Ihres Kindes?

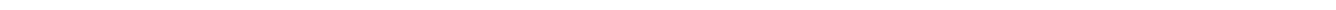
(beispielsweise wegen einer in der Familie vorkommenden Lese-Rechtschreibschwäche, psychischen Belastung oder anderen Problemen in der Familie)

Ja Nein

Wenn ja, welche Sorgen machen Sie sich?

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

9. Was sind Stärken und Begabungen Ihres Kindes?



Die folgenden Angaben sind wichtig, um zielgerichtete Maßnahmen zur Förderung der Kindergesundheit zu ermöglichen. Sie werden zur anonymen statistischen Auswertung dem Landesgesundheitsamt zur Verfügung gestellt und **nicht zur Beurteilung der Untersuchungsergebnisse** Ihres Kindes verwendet. Die Angaben sind freiwillig und werden unmittelbar nach der Erfassung vernichtet.

Die Eltern des Kindes

	Elternteil 1			Elternteil 2		
Geschlecht (weiblich, männlich, divers):	w	m	d	w	m	d
haben folgende Staatsangehörigkeit :						
deutsch		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	
andere Staatsangehörigkeit		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	
sind in folgendem Land geboren :						
Deutschland		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	
in einem anderen Land		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	
Angaben zum Schulabschluss :						
weniger als 10. Klasse		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	
10. Klasse		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	
Abitur, FH-Reife		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	
Keine Angabe		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	
Angaben zur Berufstätigkeit :						
in Vollzeit erwerbstätig*		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	
in Teilzeit erwerbstätig*		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	
nicht erwerbstätig		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	
Sonstiges (z. B. Elternzeit)		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	
Keine Angabe		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	

* zur Erwerbstätigkeit zählen auch beispielsweise Ausbildung, Studium