

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,

im nächsten Kindergartenjahr beginnt für Ihr Kind die Vorschulzeit und damit ein neuer Lebensabschnitt. Damit alle Kinder möglichst gut in die Schule starten, werden sie im Alter von 4 bzw. 5 Jahren untersucht, um Gesundheits- und Entwicklungsprobleme rechtzeitig vor Beginn der Schulzeit zu erkennen. Damit soll die Chance für frühe Förderung genutzt werden.

Die Teilnahme an der Untersuchung ist verpflichtend.

So verläuft die Untersuchung:

Ihr Kind wird im Kindergarten zum vereinbarten Termin von einer medizinischen Assistentin unseres Fachdienstes Gesundheit besucht. Diese prüft in der **Basisuntersuchung** das Seh- und Hörvermögen und erfasst weitere wichtige Entwicklungsschritte sowie Größe und Gewicht Ihres Kindes.

Falls nach dieser ersten Untersuchung noch eine schulärztliche Untersuchung oder eine Sprachstandsdiagnostik erforderlich wird, laden wir Sie zusammen mit Ihrem Kind dazu schriftlich ein.

Um den Entwicklungsstand Ihres Kindes besser einschätzen zu können, berücksichtigen wir mit Ihrer Einwilligung auch die Entwicklungsbeobachtung durch die Erzieherin oder den Erzieher. Wir möchten die Untersuchungsergebnisse auch der Erzieherin oder dem Erzieher zur Verfügung stellen, so dass Ihr Kind individuell gefördert werden kann.

Bitte geben Sie uns dafür Ihre Einwilligung auf der beigelegten Einwilligungserklärung.

Damit wir individuell auf Ihr Kind eingehen und die Ergebnisse besser beurteilen können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Die Beantwortung der Fragen ist **freiwillig**.

Sie können den Fragebogen auch nur teilweise ausfüllen.

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

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.

Alle Angaben und die Eintragungen im Impfausweis und im Untersuchungsheft unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Untersuchungsbefunde und sich daraus ergebende Empfehlungen werden, in pseudonymisierter Form, für statistische Zwecke ausgewertet.

Die personenbezogenen Daten werden beim Gesundheitsamt aufbewahrt und vier Jahre nach der termingerechten Einschulung beim Gesundheitsamt gelöscht.

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. Sie können den Fragebogen jederzeit zurück erhalten. Ihre Angaben aus dem Fragebogen werden danach nicht mehr verwendet.

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen und Ihre Mitwirkung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes: _____

Kindertageseinrichtung/ Gruppe: _____

Telefon-Nummer (für Rückfragen): _____

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

nie bis zu 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 (Mutter oder Vater)

Andere (bitte ergänzen) _____

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

Anzahl:

Bitte geben Sie das Geburtsjahr der Geschwister/Halbgeschwister an:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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. In welchem Land wurde Ihr Kind geboren?

In Deutschland

In einem anderen Land

In welchem? _____

6. Einige Fragen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes

6.1 Hat oder hatte Ihr Kind jemals folgende Krankheiten?

Hörstörungen

Ja Nein

Wenn ja, ist das Kind deswegen aktuell in Behandlung?

Ja Nein

Sehstörungen

Ja Nein

Wenn ja, ist das 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, 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 im Krankenhaus/

Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ)?

Ja Nein

Wenn ja, warum? _____

6.2 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 Kindertages-Einrichtung/in der Schule verabreicht werden?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

6.3 Bekommt oder wartet Ihr Kind auf eine spezielle Förderung oder Therapie?

Ja Nein

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

* Welche? _____

Eine Beratung über ...

eine Erziehungsberatungsstelle: geplant findet statt abgeschlossen

ein Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ): geplant findet statt abgeschlossen

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/Tag	½ bis 2 Stunden/Tag	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/eine Spielkonsole im Kinderzimmer? 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 anderer Probleme in der Familie)? Ja Nein

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, wie der übrige Fragebogen auch, freiwillig.
 Sie werden zur anonymen statistischen Auswertung ausschließlich dem
 Landesgesundheitsamt zur Verfügung gestellt.**

Die Eltern des Kindes

	Mutter	Vater								
sind geboren im Jahr:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 40px; height: 25px;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 40px; height: 25px;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr> </table>				

haben folgende Staatsangehörigkeit:

deutsch

andere Staatsangehörigkeit.....

Wenn ja, welche? _____

sind in folgendem Land geboren:

Deutschland

in einem anderen Land.....

Wenn ja, in welchem?..... _____

leben hauptsächlich in Deutschland seit (Jahreszahl):	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 40px; height: 25px;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 40px; height: 25px;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr> </table>				

Angaben zum Schulabschluss:

weniger als 10. Klasse

10. Klasse

Abitur, FH-Reife

Keine Angabe

Angaben zur Berufstätigkeit:

in Vollzeit erwerbstätig*

in Teilzeit erwerbstätig*

nicht erwerbstätig

Sonstiges (z. B. Elternzeit)

Keine Angabe

* zur Erwerbstätigkeit zählen auch beispielsweise Ausbildung, Studium