

ANGABEN ZUM KIND (alle Angaben sind freiwillig, unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutz)

Name	Vorname	Geburtsdatum/Nationalität																																				
Welche Person verbringt die meiste Zeit mit dem Kind zuhause?	Geschwister des Kindes (nur Alter angeben)	Betreuende ärztliche Praxis																																				
Schwangerschaft und Geburtsverlauf:																																						
<input type="checkbox"/> mit folgenden Besonderheiten: <input type="checkbox"/> Frühgeburt _____Woche		<input type="checkbox"/> ohne Besonderheiten <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Komplikationen																																				
Hatte oder hat Ihr Kind folgende Probleme?																																						
<input type="checkbox"/> häufig Bronchitis <input type="checkbox"/> häufig Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> häufig Mittelohrentzündungen/ Probleme mit den Ohren <input type="checkbox"/> Allergie gegen_____																																						
<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> häufig Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> sonstige ernsthafte oder chronische Erkrankungen_____																																						
<input type="checkbox"/> Ekzem / Neurodermitis <input type="checkbox"/> häufig oder lang andauernden Schnupfen letzter Hörtest_____																																						
<input type="checkbox"/> Krampfanfälle (Gehirnkrämpfe)_____																																						
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalte, Operationen oder Unfälle_____																																						
<input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme_____																																						
War oder ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung?																																						
<input type="checkbox"/> augenärztliche Behandlung <input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. SPZ)_____		<input type="checkbox"/> HNO-ärztliche Behandlung <input type="checkbox"/> zahnärztliche Behandlung <input type="checkbox"/> kieferorthopäd. Behandlung																																				
<input type="checkbox"/> nein, keine Behandlung																																						
Hatte oder hat Ihr Kind Therapie oder Fördermaßnahmen?																																						
<input type="checkbox"/> Sprachtherapie/Logopädie <input type="checkbox"/> sonstige Behandlung oder Therapie_____		<input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> psychologische Betreuung																																				
<input type="checkbox"/> nein, keine Therapie																																						
Welche der folgenden Angaben treffen auf Ihr Kind zu?																																						
Es konnte mit _____Monaten frei laufen Es begann mit _____Monaten zu sprechen																																						
- ist gekrabbelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - spricht altersgemäß <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - ist tagsüber und nachts trocken <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - geht gerne in den Kindergarten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher nein - hat Freunde und Spielkameraden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher nein																																						
- hört gerne beim Erzählen und Vorlesen zu <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher nein - kann sich alleine beschäftigen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher nein - konzentriert sich in der Gruppe gut <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher nein - kann geduldig abwarten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher nein - ist häufig unruhig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																						
Wie lange beschäftigt sich ihr Kind mit elektronischen Geräten wie TV, Handy, Tablet, Computer, Spielkonsolen? Täglich insgesamt ca. _____Minuten <input type="checkbox"/> seltener als täglich																																						
Angaben zu den Erziehungsberechtigten bei Migrationsgeschichte:																																						
Elternteil 1 Name, Vorname _____ Herkunftsland _____ In Deutschland seit _____																																						
Sprachkenntnisse: <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> weitere _____																																						
Elternteil 2 Name, Vorname _____ Herkunftsland _____ In Deutschland seit _____																																						
Sprachkenntnisse: <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> weitere _____																																						
Angaben der Erziehungsberechtigten:																																						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Berufliche Tätigkeit:</td> <td style="width: 25%;">Elternteil 1</td> <td style="width: 25%;">Elternteil 2</td> <td style="width: 25%;">Lebensform</td> <td style="width: 20%;">Sorgerecht</td> </tr> <tr> <td>nicht erwerbstätig</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> leibliche Eltern</td> <td><input type="checkbox"/> gemeinsames Sorgerecht</td> </tr> <tr> <td>Vollzeit</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> alleinerziehend</td> <td><input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht</td> </tr> <tr> <td>Teilzeit</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Wechselmodell</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hausfrau/-mann</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> in Trennung</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Elternzeit</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> in Partnerschaft</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frührente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Pflegeeltern</td> <td></td> </tr> </table>				Berufliche Tätigkeit:	Elternteil 1	Elternteil 2	Lebensform	Sorgerecht	nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> leibliche Eltern	<input type="checkbox"/> gemeinsames Sorgerecht	Vollzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alleinerziehend	<input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht	Teilzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wechselmodell		Hausfrau/-mann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> in Trennung		Elternzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> in Partnerschaft		Frührente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pflegeeltern	
Berufliche Tätigkeit:	Elternteil 1	Elternteil 2	Lebensform	Sorgerecht																																		
nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> leibliche Eltern	<input type="checkbox"/> gemeinsames Sorgerecht																																		
Vollzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alleinerziehend	<input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht																																		
Teilzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wechselmodell																																			
Hausfrau/-mann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> in Trennung																																			
Elternzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> in Partnerschaft																																			
Frührente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pflegeeltern																																			