

Hinweise zum Ausfüllen dieses Bogens:

Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen ☒ Die Beantwortung aller oder auch einzelner Fragen ist freiwillig!

Familienname des Kindes	Vorname	geboren am	Staatsangehörigkeit	Anzahl weiterer Geschwister
Muttersprache (Mutter)	Muttersprache (Vater)	Anzahl Erwachsene im Haushalt	Krippen-/KITA/Kindergartenbesuch	☐ Jahre
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten				
Name(n).....Vorname(n).....PLZ, Ort.....				
Straße.....Tel.-Nr.....				
Schwangerschaft und Geburtsverlauf				
Geburtsgewicht: _ _ _ _ Gram Vollendete Schwangerschaftswochen: _ _ ssw ☐ Mehrlingsgeburt				
Entwicklung				
Wurden bei Ihrem Kind <u>jemals</u> Entwicklungsverzögerungen festgestellt?			☐ Ja ☐ Nein	
Freies Laufen bis 18 Monate			☐ Ja ☐ Nein	
Erste Worte (wie Mama, Papa, Auto) bis 18 Monate			☐ Ja ☐ Nein	
Sprachauffälligkeiten in der Entwicklung			☐ Ja ☐ Nein	
Kind wächst mehrsprachig auf			☐ Ja ☐ Nein	
Liegt oder lag bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen oder gesundheitl. Einschränkungen vor?				
Sehstörungen ☐ Nein ☐ Ja Schielbehandlung ☐ Nein ☐ Ja Brillenträger ☐ Nein ☐ Ja				
Schwere Hörstörung ☐ Nein ☐ Ja				
<i>Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen:</i>				
☐ angeborene, schwere Hörstörung		☐ links	☐ rechts	
☐ erworbene, bleibende Hörstörung		☐ links	☐ rechts	
☐ mit Hörgerät versorgt seit		linksMonat/Jahr	rechtsMonat/Jahr	
☐ mit Cochlea-Implant versorgt seit		linksMonat/Jahr	rechtsMonat/Jahr	
Angeborene Stoffwechsel-/Hormonstörungen: ☐ Nein ☐ Ja (Welche?):				
.....				
Sonstige chronische Erkrankungen: ☐ Nein ☐ Ja (Welche?):				
.....				
Schwere Behinderung: ☐ Nein ☐ Ja (Welche?):				
.....				
Regelmäßig einzunehmende Medikamente: ☐ Nein ☐ Ja (Welche?):				
.....				
Sind Ihnen Erkrankungen Ihres Kindes bekannt, die bestimmte Vorgehensweisen in Notfallsituationen erfordern (z.B. Allergien, Epilepsie, u.a.)? ☐ Nein ☐ Ja				
<i>Wenn ja, welche?</i>				
Hat Ihr Kind jemals Fördermaßnahmen oder Behandlungen erhalten?				
Teilnahme am Vorkurs Deutsch		☐ Nein	☐ Ja	
Sprachtherapie (Logopädie)		☐ Nein	☐ abgeschlossen	☐ läuft z.Zt. noch ☐ geplant
Frühförderung/Heilpädagogik/Ergotherapie		☐ Nein	☐ abgeschlossen	☐ läuft z.Zt. noch ☐ geplant
Krankengymnastik		☐ Nein	☐ abgeschlossen	☐ läuft z.Zt. noch ☐ geplant
Psychologische Behandlung		☐ Nein	☐ abgeschlossen	☐ läuft z.Zt. noch ☐ geplant
Kinderarzt/Hausarzt:				

Ort, Datum

Stand: Juni 2015

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

Seite 1