

Anamnesebogen

Hinweise zum Ausfüllen dieses Bogens: Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen ☒

Wir bitten Sie um Angabe der nachfolgenden Informationen, um die Schuleingangsuntersuchung vollständig durchführen und Sie qualifiziert beraten zu können. Die Datenverarbeitung stützt sich unter anderem auf Art. 12 Abs. 1 GDG, § 6 Abs. 1 Nr. 1 SchulgespfIV. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie in den Datenschutzzinformationen, die Sie gemeinsam mit der Einladung zur Schuleingangsuntersuchung erhalten haben.

Familienname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum
Anzahl der Geschwister	Staatsangehörigkeit des Kindes	Geburtsland des Kindes

Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten

Name, Vorname: Name, Vorname:

Tel.-Nr.: Tel.-Nr.:

Anschrift:

Kindergarten

Dauer Krippen-/ KITA-/ Kindergartenbesuch (in Jahren): _____

Besucht Ihr Kind derzeit einen Kindergarten? Ja Nein

Art des Kindergartens:

Regel-KiGa (inkl. Waldkindergarten, Montessori, etc.) Schulvorbereitende Einrichtung (SVE)

Heilpädagogische Tagesstätte (HPT) Integrationsplatz/Integrationskindergarten

Sonstige (Welche?): _____

Schwangerschaft und Geburtsverlauf (Angaben im Gelben Heft)

Geburtsgewicht: |_|_|_|_| Gramm vollendete Schwangerschaftswochen: |_|_| ssw Mehrlingsgeburt

Entwicklung

Sprachauffälligkeiten in der Entwicklung Ja Nein

Kind wächst mehrsprachig auf Ja Nein

Kontakt mit der deutschen Sprache seit Geburt nicht seit Geburt

Wenn Kontakt mit der deutschen Sprache nicht seit Geburt, ab welchem Alter? |_| Jahre |_|_| Monate

Muttersprache der Eltern (bitte für beide Elternteile angeben)?

Deutsch Andere (Welche?): _____

Deutsch Andere (Welche?): _____

Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen?

Deutsch Andere (Welche?): _____

Ist Ihr Kind Rechtshänder Linkshänder noch unentschieden

Würden Sie sagen, dass Ihr Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung (bedrückt, ängstlich, schwankend, aufbrausend), Konzentration (kann nicht lange stillsitzen, hört beim Vorlesen nicht ausdauernd zu), Verhalten, Umgang mit Anderen?

Ja Nein

Fördermaßnahmen oder Behandlungen			
Teilnahme am Vorkurs Deutsch	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> geplant
Sprachtherapie (Logopädie)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen	<input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch <input type="checkbox"/> geplant
Angaben zu Vorerkrankungen oder gesundheitlichen Einschränkungen			
Wurde Ihr Kind schon einmal von einem Augenarzt untersucht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<i>Wenn ja:</i> Folgendes wurde dabei festgestellt bzw. veranlasst:			
<input type="checkbox"/> Unauffälliger Befund	<input type="checkbox"/> Brille wurde verordnet		
<input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit (Myopie)	<input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit (Hyperopie)	<input type="checkbox"/> Schielen	
Waren Sie mit Ihrem Kind in den vergangenen 12 Monaten beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Angeborene schwere Hörstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<i>Wenn ja,</i> beantworten Sie bitte folgende Fragen:			
Angeborene Hörstörung	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> beidseitig
Mit Hörgerät versorgt	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> beidseitig
Mit Cochlea-Implantat versorgt	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> beidseitig
Stoffwechsel-/Hormonstörungen (nur ärztlich diagnostizierte Befunde)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<i>Wenn ja, welche:</i>			
<input type="checkbox"/> MCAD-Mangel	<input type="checkbox"/> Hypothyreose (angeboren)		
<input type="checkbox"/> PKU	<input type="checkbox"/> AGS	<input type="checkbox"/> Mukoviszidose	<input type="checkbox"/> Diab. mellitus (Typ 1)
<input type="checkbox"/> Sonstige:		
<i>Alter bei Diagnosestellung:</i> __ __ __ (Jahre / Monate)			
Sonstige chronische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja (Welche?):	<input type="checkbox"/> Nein	
Schwere Behinderung:	<input type="checkbox"/> Ja (Welche?):	<input type="checkbox"/> Nein	
Regelmäßig einzunehmende Medikamente:	<input type="checkbox"/> Ja (Welche?):	<input type="checkbox"/> Nein	
Sind Ihnen Erkrankungen Ihres Kindes bekannt, die bestimmte Vorgehensweisen in Notfallsituationen erfordern (z.B. Allergien, Epilepsie, u.a.)?			
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<i>Wenn ja, welche?</i>			
Gibt es in der Familie (Eltern, Geschwister)			
▶ eine Lese-Rechtschreib-Schwäche (Legasthenie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
▶ eine Rechenschwäche (Dyskalkulie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Ausgefüllt am: