

Anamnese

* Zutreffendes bitte ankreuzen

Angaben zum Kind:

Name Vorname geb. am.....
Geburtsort Nationalität deutsch andere.....

Anschrift.....

Angaben zu den Sorgeberechtigten:

Name Vorname.....
Anschrift..... Tel.:.....
Herkunftsland.....

Name Vorname.....
Anschrift..... Tel.:.....
Herkunftsland.....

Die folgenden Angaben sind für die Vorbereitung der Einschulungsuntersuchung wichtig. Die Beantwortung jeder einzelnen Frage ist freiwillig. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Kindergartenbesuch nein ja, seit wann.....
Tagesmutter nein ja, seit wann.....
Geschwister, Geschlecht, Geburtsjahr

Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft

Normalgeburt Frühgeburt Zangengeburt
 Kaiserschnitt Mehrlingsgeburt Saugglocke
Besonderheiten bei der Geburt

Geburtsgewicht Geburtslänge

Entwicklung des Kindes:

Freies Laufen mit Monaten Kleine Sätze sprechen mit Monaten

Hatte oder hat Ihr Kind

Frühförderung Physiotherapie Sprachtherapie
 Ergotherapie Integrative Betreuung
Grad der Behinderung: Merkzeichen: Pflegestufe:
 schwere Erkrankungen Operationen
 Unfälle Krankenhausaufenthalte.....
 Hauterkrankungen..... Krampfanfälle.....
 Ohrenerkrankungen..... Heuschnupfen / Allergien.....
 Windpocken..... Asthma.....

Wer ist der Hausarzt/Kinderarzt des Kindes.....

Ist Ihr Kind in ständiger ärztlicher Betreuung? Grund, Fachrichtung:.....

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche?.....

Worüber machen Sie sich eventuell Sorgen im Hinblick auf die bevorstehende Einschulung?

<input type="checkbox"/> schlechter Appetit	<input type="checkbox"/> wenig Ausdauer beim Spielen	<input type="checkbox"/> spät gesprochen
<input type="checkbox"/> Neigung zum Erbrechen	<input type="checkbox"/> kann nicht zuhören	<input type="checkbox"/> noch Sprachschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> häufig Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> regt sich schnell auf	<input type="checkbox"/> Ungeschicklichkeit beim Malen
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> zerstört viel Spielzeug	<input type="checkbox"/> Benutzen der linken Hand
<input type="checkbox"/> Nägelknabbern	<input type="checkbox"/> ist schnell entmutigt	<input type="checkbox"/> häufiges Hinfallen
<input type="checkbox"/> Einnässen	<input type="checkbox"/> hat viel Angst	<input type="checkbox"/> großer Bewegungsdrang
<input type="checkbox"/> Einkoten	<input type="checkbox"/> kann sich schlecht an Regeln halten	

Gibt es andere Probleme, über die Sie sprechen möchten?

.....

.....
Datum und Unterschrift des Sorgeberechtigten