

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 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
Staatsangehörigkeit des Kindes	Geburtsland des Kindes	Dauer Krippen-/ KITA-/ Kindergartenbesuch (in Jahren) <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten			
Name..... Vorname..... PLZ, Ort.....			
Straße..... Tel.-Nr.....			
Schwangerschaft und Geburtsverlauf (Angaben im Gelben Heft)			
Geburtsgewicht: _ _ _ _ Gram vollendete Schwangerschaftswochen: _ _ SSW <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt			
Entwicklung			
Sprachauffälligkeiten in der Entwicklung		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kind wächst mehrsprachig auf		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kontakt mit der deutschen Sprache		<input type="checkbox"/> seit Geburt	<input type="checkbox"/> 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)?			
<input type="checkbox"/> Deutsch		<input type="checkbox"/> Andere (Welche?): _____	
<input type="checkbox"/> Deutsch		<input type="checkbox"/> Andere (Welche?): _____	
Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen?		<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Andere Sprache(n)
Ist Ihr Kind		<input type="checkbox"/> Rechtshänder	<input type="checkbox"/> Linkshänder <input type="checkbox"/> 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?			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> 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
Wenn ja: 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, beantworten Sie bitte folgende Fragen:</i>			
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 (angeborene)	<input type="checkbox"/> PKU	<input type="checkbox"/> AGS
<input type="checkbox"/> Mukoviszidose	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 1)	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 2)	
<input type="checkbox"/> Sonstige:			
<i>Alter bei Diagnosestellung: __ __ __ (Jahre / Monate)</i>			
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"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
▶ eine Rechenschwäche (Dyskalkulie)		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Ausgefüllt am:

Freiwillige Angaben der Personensorgeberechtigten

Die Angabe der nachfolgenden Informationen ist **freiwillig**. Ihre Angaben sind jedoch wichtig für die Weiterentwicklung von Präventionsmaßnahmen. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie in den **Datenschutzinformationen**, die Sie gemeinsam mit der Einladung zur Schuleingangsuntersuchung erhalten haben.

Ihre Antworten werden an das LGL in anonymisierter Form übermittelt. Wenn Sie die Einwilligung vor Übermittlung an das LGL durch Mitteilung an das für Sie zuständige Gesundheitsamt widerrufen, werden diese Daten nicht an das LGL übermittelt. Wenn Sie die Einwilligung nach Übermittlung an das LGL widerrufen, ist es möglich, dass Ihre Daten bereits mit weiteren Daten zusammengeführt und anonym ausgewertet wurden und deshalb ein Widerruf nicht mehr umgesetzt werden kann.

Einwilligungserklärung:

Als Personensorgeberechtigte(r) von

Vor- und Familienname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

sind wir / bin ich mit der Beantwortung der nachfolgenden Fragen einverstanden.

Uns / mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und widerrufen werden kann, und, dass wir / ich die Einwilligung verweigern oder widerrufen können / kann, ohne dadurch einen rechtlichen Nachteil zu erleiden.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

Anzahl Erwachsene im Haushalt

In welchem Land sind Sie geboren? *(Bitte für beide Elternteile angeben.)*

In Deutschland

In einem anderen Land

In Deutschland

In einem anderen Land

Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? *(Bitte für beide Elternteile angeben.)*

Deutsch

Deutsch + Andere

Andere

Deutsch

Deutsch + Andere

Andere

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie? *(Bitte für beide Elternteile angeben.)*

(Noch) keinen Schulabschluss

Hauptschul- / Volksschul- / Mittelschulabschluss/ Quali

Realschulabschluss (Mittlere Reife)

Allgemeine /fachgebundene Hochschulreife

Hochschul- / Universitätsabschluss

Welche der folgenden Angaben zur Erwerbstätigkeit trifft auf Sie zu *(Bitte für beide Elternteile angeben.)*

Vollzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr

Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden

Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden

vorübergehende Freistellung, z.B. Elternzeit

Auszubildender/Auszubildende/Lehrling//Umschüler/Umschülerin

zur Zeit nicht erwerbstätig und nicht arbeitssuchend (z.B. Hausfrauen/Hausmänner, Studierende, Rentner/Rentnerinnen)

zur Zeit nicht erwerbstätig und arbeitssuchend (arbeitslos)