

<b>Einschulkind</b>	
<b>Name, Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Adresse</b> (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)	
zuständige <b>Schule</b>	
<b>Kindergarten</b> (Name, Aufnahmedatum)	
<b>Kinder-/Hausarzt</b>	
<b>Weitere Fachärzte</b>	

<b>Vater</b>		<b>Mutter</b>	
<b>Name, Vorname</b>			
<b>Geburtsdatum</b>			
<b>Staatsangehörigkeit bei der Geburt</b>			
<b>Adresse</b> (PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.)	siehe Kind <input type="checkbox"/>	siehe Kind <input type="checkbox"/>	
<b>Telefon</b>			
<b>Beruf (freiwillige Angabe)</b>			
<b>Geschwister des Kindes</b> (Geburtsjahr)	1. ....	2. ....	3. ....
4. ....	5. ....	6. ....	7. ....

**Familienvorgeschichte** (Eltern oder Geschwister des Kindes)

Brillen- bzw. Kontaktlinsenträger <input type="checkbox"/>	Lese-Rechtschreibschwäche <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/>	Rechenschwäche <input type="checkbox"/>
Chron. Erkrankungen/ bzw. Behinderungen <input type="checkbox"/> (welche):	

**Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung**

Probleme während der Schwangerschaft/Geburt	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche):	<b>Geburtsgewicht:</b> .....g
Freies Laufen mit .....Mon.	Besonderheiten der Säuglings- u. Kleinkinderzeit: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche) :	
Erste Worte mit .....Mon.		
Erste Sätze mit .....Mon.		
Tagsüber ohne Windeln mit .....Jahren		
Nachts ohne Windeln mit .....Jahren		

**Erkrankungen / Unfälle** (Zutreffendes ankreuzen bzw. beschreiben)

Windpocken: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	Schwere Infektionskrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung):
Andere schwere Erkrankungen:	
Unfälle:	
Krankenhausaufenthalte, Operationen:	
Oft in ärztlicher Behandlung wegen:	
Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Präparat und Dosierung):	

**Fördermaßnahmen und Hilfsmittel**

Sehstörung <input type="checkbox"/>	Brille seit:	Schielbehandlung, Sehschule seit:
Hörstörung <input type="checkbox"/>	Hörhilfen:	
Sprachstörung <input type="checkbox"/>	Sprachtherapie von	bis
Andere Fördermaßnahmen / Therapien (welche):		
Psychomotorik von	bis	Ergotherapie von
		bis

**Persönliche Besonderheiten**

Bewegungsunruhe <input type="checkbox"/>	Konzentrationsschwäche <input type="checkbox"/>	Ängstlichkeit <input type="checkbox"/>	Ungeschicklichkeit <input type="checkbox"/>
Verzögerte Entwicklung <input type="checkbox"/>	Einnässen/Einkoten <input type="checkbox"/>	Sonstiges:	

**Eingliederungshilfen**

Integrationsplatz im Kindergarten von	bis	Frühförderung von	bis
		bei	

Interessen, besondere Fähigkeiten, Stärken:	
Sport im Verein:.....	Sonstiges:.....
Kann Ihr Kind schwimmen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hat Ihr Kind das Seepferdchenabzeichen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Alle Angaben sind freiwillig

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

Unterschrift Eltern: \_\_\_\_\_