

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: |_|_|_|_| Grammm 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 (<i>Welche?</i>): | <input type="checkbox"/> Nein | |
| Schwere Behinderung: | <input type="checkbox"/> Ja (<i>Welche?</i>): | <input type="checkbox"/> Nein | |
| Regelmäßig einzunehmende Medikamente: | <input type="checkbox"/> Ja (<i>Welche?</i>): | <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:

