

Hinweise zum Ausfüllen dieses Bogens:

Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen ☒

Familienname des Kindes	Vorname	geboren am	Staatsangehörigkeit	Anzahl weiterer Geschwister
Muttersprache (Mutter/Vater)	Muttersprache (Vater/Mutter)	Anzahl Erwachsene im Haushalt	Krippen-/KITA/Kindergartenbesuch Dauer in Jahren	<input type="text"/>
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten				
Name(n).....Vorname(n).....PLZ, Ort.....				
Straße.....Tel.-Nr.....				
Schwangerschaft und Geburtsverlauf (Angaben im gelben Heft)				
Vollendete Schwangerschaftswochen: _ _ SSW Geburtsgewicht: _ _ _ _ Gramm <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt				
Entwicklung				
Wurden bei Ihrem Kind <u>jemals</u> Entwicklungsverzögerungen festgestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Sprachauffälligkeiten in der Entwicklung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Freies Laufen bis 18 Monate <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Erste Worte (wie Mama, Papa, Auto) bis 18 Monate <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 nicht seit Geburt Kontakt mit der deutschen Sprache, ab welchem Alter? _ Jahre _ _ Monate				
Ist Ihr Kind <input type="checkbox"/> Rechtshänder <input type="checkbox"/> Linkshänder <input type="checkbox"/> noch unentschieden				
Liegt oder lag bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen oder gesundheitl. Einschränkungen vor?				
Sehstörungen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Schielbehandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Brillenträger <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Schwere Hörstörung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen:				
<input type="checkbox"/> angeborene, schwere Hörstörung		<input type="checkbox"/> links		<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> erworbene, bleibende Hörstörung		<input type="checkbox"/> links		<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> mit Hörgerät versorgt seit		linksMonat/Jahr		rechtsMonat/Jahr
<input type="checkbox"/> mit Cochlea-Implantat versorgt seit		linksMonat/Jahr		rechtsMonat/Jahr
Angeborene Stoffwechsel-/Hormonstörungen (nur ärztl. diagnostizierte) : <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?):				
<input type="checkbox"/> MCAD-Mangel <input type="checkbox"/> Hypothyreose <input type="checkbox"/> PKU <input type="checkbox"/> AGS <input type="checkbox"/> Mukoviszidose <input type="checkbox"/> Diab. mell. Typ I <input type="checkbox"/> Diab. mell. Typ II				
Sonstige chronische Erkrankungen: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?):				
Schwere Behinderung: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?):				
Regelmäßig einzunehmende Medikamente: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?):				
Sind Ihnen Erkrankungen Ihres Kindes bekannt, die bestimmte Vorgehensweisen in Notfallsituationen erfordern (z.B. Allergien, Epilepsie, u.a.)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Wenn ja, welche?				
Hat Ihr Kind jemals Fördermaßnahmen oder Behandlungen erhalten?				
Teilnahme am Vorkurs Deutsch <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<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
Frühförderung/Heilpädagogik/Ergotherapie <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> abgeschlossen		<input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch		<input type="checkbox"/> geplant
Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> abgeschlossen		<input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch		<input type="checkbox"/> geplant
Kinderarzt/Hausarzt:				

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten