

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..... PLZ, Ort.....

Straße..... Tel.-Nr.....

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)

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 ^{ja} 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:

I Für Kinder im Alter von 4 bis $\leq 4 \frac{1}{2}$ Jahren

| | <i>Ja</i> | <i>Nein</i> | <i>Weiß nicht</i> | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|
| <hr/> Mein Kind spielt intensive „Als-ob-Spiele“ (z.B. Stock wird zum Schwert, Puppen werden gefüttert). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13 |
| <hr/> Mein Kind möchte im Haushalt mithelfen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14 |
| <hr/> Mein Kind spielt mit anderen Kindern Rollenspiele (z.B. Räuber und Polizist). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15 |
| <hr/> Mein Kind versteht Spielregeln und dass beim Spielen auch andere an der Reihe sind. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16 |
| <hr/> Mein Kind hat Spaß an Wett- und/oder Rennspielen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17 |
| <hr/> Mein Kind stellt sich automatisch von selbst und ohne zu zögern in eine Reihe (z.B. an der Rutschbahn). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18 |
| <hr/> Mein Kind ist bereit zu teilen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19 |
| <hr/> Mein Kind lädt andere Kinder zu sich ein. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20 |
| <hr/> Mein Kind wird auch von anderen Kindern eingeladen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21 |

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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hauptschul- / Volksschul- / Mittelschulabschluss/ Quali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Realschulabschluss (Mittlere Reife) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allgemeine /fachgebundene Hochschulreife | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hochschul- / Universitätsabschluss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vorübergehende Freistellung, z.B. Elternzeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auszubildender/Auszubildende/Lehrling//Umschüler/Umschülerin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zur Zeit nicht erwerbstätig und nicht arbeitssuchend (z.B. Hausfrauen/Hausmänner, Studierende, Rentner/Rentnerinnen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zur Zeit nicht erwerbstätig und arbeitssuchend (arbeitslos) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |