

1. Angaben zur Person

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

in Deutschland geboren: ja nein

Seit wann lebt Ihr Kind in Deutschland (Monat/ Jahr)?

Geschwister unter 18 Jahre:

Vorname	Geburtsjahr	Vorname	Geburtsjahr
1. _____	_____	4. _____	_____
2. _____	_____	5. _____	_____
3. _____	_____	6. _____	_____

Bitte Eltern **des Kindes** eintragen:

Name der **Mutter**: _____ Vorname: _____

Name des **Vaters**: _____ Vorname: _____

Geburtsland der **Mutter**: _____ des **Vaters**: _____

Staatsangehörigkeit

der **Mutter**: deutsch ja nein andere/weitere: _____

des **Vaters**: deutsch ja nein andere/weitere: _____

Welche Sprachen werden in Ihrer Familie mit dem Kind gesprochen?

1. _____ 2. _____ 3. _____

Name des Kinderarztes/Hausarztes: _____

2. Erkrankungen des Kindes (auch frühere):

2.1	obstruktive Bronchitis/Asthma	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	weiß nicht <input type="radio"/>
2.2	angeborene Herzfehler/Herzkrankungen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	weiß nicht <input type="radio"/>
2.3	Krampfleiden (epileptische Anfälle)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	weiß nicht <input type="radio"/>
2.4	andere wichtige Erkrankungen/Allergien/Unfälle	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	weiß nicht <input type="radio"/>

wenn ja, welche: _____

2.5 Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein weiß nicht

wenn ja, welche: _____

2.6 Krankenhausaufenthalte/Operationen Anzahl keine weiß nicht

3. Entwicklung des Kindes

3.1. Wurde/wird Ihr Kind behandelt/betreut

durch eine(n) Krankengymnasten/Krankengymnastin?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
durch eine(n) Ergotherapeuten(in)?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
durch eine(n) Logopäden(in)?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
durch eine(n) Psychologen(in)/Psychiater(in)/Erziehungsberatung?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

3.2. Machen Sie sich Sorgen um Ihr Kind wegen

seines Verhaltens?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
seiner Sprachentwicklung?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
seiner Konzentrationsfähigkeit?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
seines Seh- oder Hörvermögens?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

3.3 Nässt Ihr Kind ein? ja nein

4. Betreuung des Kindes

4.1 Seit wann (Monat/Jahr) geht Ihr Kind in eine Kindertagesstätte (auch Elterninitiativ-Kita/ Großtagespflegestelle)?

Monat / Jahr	<input type="text"/> <input type="text"/>	nicht <input type="radio"/>
--------------	---	-----------------------------

wenn ja, in welche zuletzt: _____

wenn Ihr Kind aktuell keine Kita besucht, seit wann nicht mehr?

<input type="text"/> <input type="text"/>	
---	--

4.2 Geht oder ging Ihr Kind in eine andere Tagesbetreuung? ja nein

5. Lebensumfeld

- 5.1 Das Kind lebt überwiegend bei
 Eltern allein erziehender Mutter allein erziehendem Vater
 Pflegefamilie Verwandten im Heim
- 5.2 Schulabschluss der Eltern (den höchsten ankreuzen und bitte bei **beiden** Eltern angeben!)

	Mutter	Vater
kein Hauptschulabschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hauptschulabschluss <u>oder</u> weniger als 10. Klasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mittlere Reife/mittlerer Schulabschluss (MSA)/10. Klasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abitur/Fachabitur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- 5.3 Berufsausbildung der Eltern (die höchste ankreuzen und bitte bei **beiden** Eltern angeben!)

	Mutter	Vater
keine/keine abgeschlossene Berufsausbildung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in Ausbildung/Studium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abgeschlossene Berufsausbildung/Fachschulabschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abgeschlossenes Studium (Uni, Fachhochschule)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- 5.4 Berufstätigkeit der Eltern (bitte bei **beiden** Eltern angeben!)

	Mutter	Vater
<i>nicht erwerbstätig, weil</i>		
finde keine Arbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
alle anderen Gründe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
teilzeitbeschäftigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vollzeitbeschäftigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- 5.5 Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt (Ihr einzuschulendes Kind mitgerechnet)?
 Erwachsene: Kinder unter 18 Jahren:
- 5.6 Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind Raucher/Dampfer? keiner
- 5.7 Wie viele Stunden am Tag beschäftigt sich Ihr Kind im Durchschnitt mit elektronischen Geräten?
 (elektronische Geräte sind Fernsehen, DVD, Computer, Tablet, Smartphone, Playstation und andere)
- | Dauer der Beschäftigung pro Tag | mein Kind hat |
|--------------------------------------|--|
| gar nicht <input type="radio"/> | einen eigenen Fernseher <input type="radio"/> |
| max. 1 Stunde <input type="radio"/> | andere eigene elektronische Geräte <input type="radio"/> |
| max. 2 Stunden <input type="radio"/> | wenn ja, welche: _____ |
| max. 3 Stunden <input type="radio"/> | kein eigenes Gerät <input type="radio"/> |
| über 3 Stunden <input type="radio"/> | |

Einverständniserklärung

Ich bin darüber belehrt worden, dass die Beantwortung des Abschnitts 5 der vorstehenden Fragen **freiwillig** erfolgt.

Die gemachten Angaben werden nach der Verordnung über die Verarbeitung personenbezogener Daten in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes vom 30.06.1994 erhoben und verarbeitet.

Die erhobenen Daten werden entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich behandelt und verbleiben beim Arzt bzw. bei der Ärztin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes.

Ich bin damit einverstanden, dass auch die Angaben des Abschnitts 5 (Lebensumfeld) **anonymisiert** (d. h. ohne Namen und Anschrift) für die Gesundheitsberichterstattung nach den Grundsätzen der statistischen Geheimhaltung und Gesundheitsplanung verarbeitet und gespeichert werden.

Datum

Unterschrift.....
 der/des Personensorgeberechtigten