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 SchulgespflV. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie in den Datenschutzinformationen, 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

☐ Sonstige (Welche?): _____

Schwangerschaft und Geburtsverlauf *(Angaben im Gelben Heft)*

Geburtsgewicht: I__I__I__I__I *Gramm* vollendete Schwangerschaftswochen: I__I__I *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? I__I Jahre I__I__I 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	☐ Nein		☐ Ja	☐ geplant	
Sprachtherapie (Logopädie)	☐ Nein	☐ abgeschlossen	☐ läuft z.Zt. noch	☐ geplant	☐ Warteliste
Heilpädagogik	☐ Nein	☐ abgeschlossen	☐ läuft z.Zt. noch	☐ geplant	☐ Warteliste
Ergotherapie	☐ Nein	☐ abgeschlossen	☐ läuft z.Zt. noch	☐ geplant	☐ Warteliste
Frühförderung	☐ Nein	☐ abgeschlossen	☐ läuft z.Zt. noch	☐ geplant	☐ Warteliste
Physiotherapie	☐ Nein	☐ abgeschlossen	☐ läuft z.Zt. noch	☐ geplant	☐ Warteliste

Angaben zu Vorerkrankungen oder gesundheitlichen Einschränkungen

Wurde Ihr Kind schon einmal von einem Augenarzt untersucht? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Folgendes wurde dabei festgestellt bzw. veranlasst:

☐ Unauffälliger Befund ☐ Brille wurde verordnet

☐ Kurzsichtigkeit (Myopie) ☐ Weitsichtigkeit (Hyperopie) ☐ Schielen

Waren Sie mit Ihrem Kind in den vergangenen 12 Monaten beim Zahnarzt? ☐ Ja ☐ Nein

Permanente Hörstörung ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Angeborene Hörstörung	☐ links	☐ rechts	☐ beidseitig
Erworbene Hörstörung	☐ links	☐ rechts	☐ beidseitig
Mit Hörgerät versorgt	☐ links	☐ rechts	☐ beidseitig
Mit Cochlea-Implantat versorgt	☐ links	☐ rechts	☐ beidseitig

Angeborene Erkrankungen (nur ärztlich diagnostizierte Befunde) ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche: ☐ MCAD-Mangel ☐ Hypothyreose (angeboren)

☐ PKU ☐ AGS ☐ Mukoviszidose ☐ Diab. mellitus (Typ 1)

☐ Sichelzellkrankheit ☐ Spinale Muskelatrophie (SMA)

☐ Sonstige: ……

Alter des Kindes bei Diagnosestellung der zuerst diagnostizierten Erkrankung: I___I I___I___I (*Jahre / Monate*)

Sonstige chronische Erkrankungen: ☐ Ja *(Welche?):* …… ☐ Nein

Schwere Behinderung: ☐ Ja *(Welche?):* …… ☐ Nein

Regelmäßig einzunehmende Medikamente: ☐ Ja *(Welche?):* …… ☐ Nein

Sind Ihnen Erkrankungen Ihres Kindes bekannt, die bestimmte Vorgehensweisen in Notfallsituationen erfordern (z.B. Allergien, Epilepsie, u.a.)? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? ……

Gibt es in der Familie (Eltern, Geschwister)

► eine Lese-Rechtschreib-Schwäche (Legasthenie) ☐ Ja ☐ Nein

► eine Rechenschwäche (Dyskalkulie) ☐ Ja ☐ Nein

Ausgefüllt am: ……

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.)*

Elternteil 1	☐ In Deutschland	☐ In einem anderen Land
Elternteil 2	☐ In Deutschland	☐ In einem anderen Land

Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? *(Bitte für beide Elternteile angeben.)*

Elternteil 1	☐ Deutsch	☐ Deutsch + Andere	☐ Andere
Elternteil 2	☐ Deutsch	☐ Deutsch + Andere	☐ Andere

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie? *(Bitte für beide Elternteile angeben.)*	*Elternteil 1*	*Elternteil 2*
(Noch) keinen Schulabschluss	☐	☐
Hauptschul- / Volksschul-/ Mittelschulabschluss/ Quali	☐	☐
Realschulabschluss (Mittlere Reife)	☐	☐
Allgemeine /fachgebundene Hochschulreife	☐	☐
Hochschul-/ Universitätsabschluss	☐	☐

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