

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<br>Dauer in Jahren | <input type="text"/>             |
| Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten<br>Name, Vorname..... Name, Vorname.....<br>Tel.-Nr..... Tel.-Nr.: .....  |                              |   |   |                                  |
| <b>Schwangerschaft und Geburtsverlauf (Angaben im gelben Heft)</b>   |                              |   |   |                                  |
| Vollendete Schwangerschaftswochen:  _ _  SSW    Geburtsgewicht:  _ _ _ _  Gramm <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt   |                              |   |   |                                  |
| <b>Entwicklung</b>   |                              |   |   |                                  |
| Wurden bei Ihrem Kind <u>jemals</u> Entwicklungsverzögerungen festgestellt? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</span>   |                              |   |   |                                  |
| Sprachauffälligkeiten in der Entwicklung <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</span>  |                              | Freies Laufen bis 18 Monate <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</span>  |   |                                  |
| Erste Worte (wie Mama, Papa, Auto) bis 18 Monate <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</span>  |                              | Kind wächst mehrsprachig auf <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</span> |   |                                  |
| Kontakt mit der deutschen Sprache <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> seit Geburt   <input type="checkbox"/> nicht seit Geburt</span>   |                              |   |   |                                  |
| Wenn nicht seit Geburt Kontakt mit der deutschen Sprache, ab welchem Alter?     _  Jahre    _ _  Monate  |                              |   |   |                                  |
| Ist Ihr Kind <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Rechtshänder   <input type="checkbox"/> Linkshänder   <input type="checkbox"/> noch unentschieden</span>   |                              |   |   |                                  |
| <b>Liegt oder lag bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen oder gesundheitl. Einschränkungen vor?</b>  |                              |   |   |                                  |
| Sehstörungen <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja</span> Schielbehandlung <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja</span> Brillenträger <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja</span> |                              |   |   |                                  |
| Schwere Hörstörung <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja</span>  |                              |   |   |                                  |
| 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  |                              | links .....Monat/Jahr   |   | rechts .....Monat/Jahr           |
| <input type="checkbox"/> mit Cochlea-Implantat versorgt seit   |                              | links .....Monat/Jahr   |   | rechts .....Monat/Jahr           |
| Angeborene Stoffwechsel-/Hormonstörungen (nur ärztl. diagnostizierte) : <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja (Welche?):</span>  |                              |   |   |                                  |
| <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   |                              |   |   |                                  |
| Sonstige chronische Erkrankungen: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja (Welche?): .....</span>  |                              |   |   |                                  |
| Schwere Behinderung: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja (Welche?): .....</span>   |                              |   |   |                                  |
| Regelmäßig einzunehmende Medikamente: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja (Welche?): .....</span>  |                              |   |   |                                  |
| Sind Ihnen Erkrankungen Ihres Kindes bekannt, die bestimmte Vorgehensweisen in Notfallsituationen erfordern (z.B. Allergien, Epilepsie, u.a.)? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja</span>  |                              |   |   |                                  |
| Wenn ja, welche? .....   |                              |   |   |                                  |
| <b>Hat Ihr Kind jemals Fördermaßnahmen oder Behandlungen erhalten?</b>   |                              |   |   |                                  |
| Teilnahme am Vorkurs Deutsch <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja</span>  |                              | <input type="checkbox"/> geplant  |   |                                  |
| Sprachtherapie (Logopädie) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> abgeschlossen</span>   |                              | <input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch   |   | <input type="checkbox"/> geplant |
| Frühförderung/Heilpädagogik/Ergotherapie <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> abgeschlossen</span>   |                              | <input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch   |   | <input type="checkbox"/> geplant |
| Krankengymnastik <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> abgeschlossen</span>   |                              | <input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch   |   | <input type="checkbox"/> geplant |
| Kinderarzt/Hausarzt: .....   |                              |   |   |                                  |

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten