

Familiename des Kindes	Vorname	geboren am	Staatsangehörigkeit	Anzahl weiterer Geschwister
Muttersprache (Mutter)	Muttersprache (Vater)	Anzahl Erwachsene im Haushalt	Krippe/KiGa <i>Dauer in Jahren</i>	
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten		Tel.-Nr.:		
Vorname Name:		Vorname Name:		
Straße, PLZ, Ort:		Straße, PLZ, Ort:		
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 gesundheitliche 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				
<i>Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen:</i>				
<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	rechts	Monat/Jahr Monat/Jahr
<input type="checkbox"/> mit Cochlea-Implantat versorgt seit		links	rechts	Monat/Jahr Monat/Jahr
Angeborene Stoffwechsel-/Hormonstörungen (<i>nur ärztl. diagnostizierte</i>): <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (<i>Welche?</i>)				
<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 (<i>Welche?</i>):				
Schwere Behinderung: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (<i>Welche?</i>):				
Regelmäßig einzunehmende Medikamente: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (<i>Welche?</i>):				
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				
<i>Wenn ja, welche?</i>				
Hat Ihr Kind jemals Fördermaßnahmen oder Behandlungen erhalten?				
Teilnahme am Vorkurs Deutsch		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
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:				

Einverständniserklärung

Hiermit entbinde/n ich/wir die Mitarbeiter folgender Einrichtungen von Ihrer Schweigepflicht:

- Name und Anschrift des Kindergartens:

- durchführende Fachkraft der Sozialmedizin vom Gesundheitsamt Starnberg.

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass

- Pädiatrische Mitarbeiter/innen des Kindergartens an der Schuleingangsuntersuchung teilnehmen dürfen
- erforderlichen Auskünfte, die mein Kind betreffen, ausgetauscht werden dürfen.

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Ort, Datum

Unterschrift der oder eines Personensorgeberechtigten