

Elternfragebogen zur Schuleingangsuntersuchung

Die Angaben der Fragen 1-12 benötigt der Schularzt / die Schulärztin für die schulärztlich/medizinische Beurteilung gemäß § 11 der Schulordnung für öffentliche Grundschulen in Rheinland-Pfalz. Die Informationen dienen als Grundlage für das gemeinsame Gespräch und für die Feststellung des aktuellen Entwicklungsstandes des Kindes. Die Beantwortung dieser Fragen wird auf jeden Fall erbeten. Unklarheiten zu einzelnen Fragen können im Gespräch geklärt werden.



Rheinland-Pfalz
MINISTERIUM FÜR SOZIALES,
ARBEIT, GESUNDHEIT
UND DEMOGRAPHIE

1. Angaben zur Familie

Ausgefüllt am:
Tag Monat Jahr

	Kind	Mutter	Vater
Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
Geschlecht	männlich... <input type="checkbox"/> weiblich... <input type="checkbox"/>		
Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Geburtsland des Kindes <input type="text"/>	
	Tag	Monat	Jahr

2. Welche Einrichtungen besuchte Ihr Kind bisher? (Mehrfachnennungen möglich)

Krippe..... Kindergarten/-tagesstätte Förderkindergarten
Tagespflege Integrative Kindertagesstätte... **Keine Einrichtung**.....

Das Kind besucht seit ____ Jahren und ____ Monaten die derzeitige Einrichtung.

Alter des Kindes zu Beginn der ersten Betreuung außerhalb der Familie: ____ Jahre ____ Monate.

3. Welche Infektionskrankheiten hatte Ihr Kind bereits?

Windpocken Mumps Salmonellen
Scharlach Röteln Borreliose
Ringelröteln..... Keuchhusten Hirn-/Hirnhautentzündung ..
Masern Hepatitis B Rotaviren
Andere Wenn andere, welche? _____ **Keine** ...

4. Welche akuten Erkrankungen sind in den letzten 12 Monaten aufgetreten?

Bronchitis Blasen-/Harnwegsentzündung ... Pseudokrampf-Anfall
Hals-/Mandelentzündung Lungenentzündung..... Cerebraler Krampfanfall
Mittelohrentzündung Fieberkrämpfe..... Häufige Infekte
Magen-Darm-Infektion
Andere Wenn andere, welche? _____ **Keine** ...

5. Hatte Ihr Kind jemals folgende von einem Arzt diagnostizierte Beeinträchtigungen?

Bitte bringen Sie ggf. aussagefähige Unterlagen mit!

Allergien Polypen (Adenoide) Krampfanfälle (Epilepsie) ...
Neurodermitis Wirbelsäulenleiden Tumor-/Krebserkrankung ...
Chronische Bronchitis Schilddrüsenerkrankung Rheuma
Asthma bronchiale Herzfehler/Herzkrankung Autismus.....
Heuschnupfen Diabetes mellitus Angeborene Beeinträchtigung
Nahrungsmittelallergie Chron. Harnwegsinfekte Körperliche Beeinträchtigung
Allergische Hautausschläge ... Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom. Geistige Beeinträchtigung....
Andere Wenn andere, welche? _____ **Keine** ...

6. Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten folgende Symptome oder Beeinträchtigungen?

- | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--|---|
| Sehbeeinträchtigung..... | <input type="checkbox"/> | Wurmerkrankungen | <input type="checkbox"/> | Nahrungsmittelunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> |
| Hörbeeinträchtigung..... | <input type="checkbox"/> | Übergewicht | <input type="checkbox"/> | Motorische Unruhe/Hyperaktivität.... | <input type="checkbox"/> |
| Sprachauffälligkeiten | <input type="checkbox"/> | Untergewicht | <input type="checkbox"/> | Aggressivität | <input type="checkbox"/> |
| Entwicklungsverzögerung .. | <input type="checkbox"/> | Häufige Kopfschmerzen ... | <input type="checkbox"/> | Einschlaf-/Durchschlafstörung | <input type="checkbox"/> |
| Konzentrationsstörung | <input type="checkbox"/> | Häufige Bauchschmerzen .. | <input type="checkbox"/> | Häufiges Schnarchen (ohne Infekte) ... | <input type="checkbox"/> |
| Bettnässen | <input type="checkbox"/> | Häufige Beinschmerzen ... | <input type="checkbox"/> | Mundatmung/behinderte Nasenatmung | <input type="checkbox"/> |
| Einkoten | <input type="checkbox"/> | Ängstlichkeit..... | <input type="checkbox"/> | Ausgeprägte Tagesmüdigkeit..... | <input type="checkbox"/> |
| Andere | <input type="checkbox"/> | Wenn andere, welche? _____ | | | Keine ... <input type="checkbox"/> |

7. Bei welchen Ärzten oder Therapeuten war Ihr Kind in den letzten 12 Monaten?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------------------|---|
| Kinderarzt | <input type="checkbox"/> | Augenarzt | <input type="checkbox"/> | Heilpraktiker..... | <input type="checkbox"/> |
| Hausarzt | <input type="checkbox"/> | HNO-Arzt | <input type="checkbox"/> | Kinder- und Jugendpsychiater | <input type="checkbox"/> |
| Zahnarzt | <input type="checkbox"/> | Hautarzt | <input type="checkbox"/> | Psychologe | <input type="checkbox"/> |
| Kieferorthopäde | <input type="checkbox"/> | Urologe | <input type="checkbox"/> | Chirurg/Orthopäde | <input type="checkbox"/> |
| Bei Anderen | <input type="checkbox"/> | Bei welchen? _____ | | | Keine ... <input type="checkbox"/> |

8. Wurden bei Ihrem Kind jemals folgende Untersuchungen oder Behandlungen durchgeführt?

Genauere Angaben (z.B. Ambulante Operationen: Polypen)

- | | | |
|--|--------------------------|-------|
| Entwicklungsdiagnostik | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Reha- oder Kuraufenthalt..... | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Allergietest | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Ambulante Operation | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Stationäre Krankenhausbehandlung | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Keine Untersuchungen/Behandlungen | <input type="checkbox"/> | |

9. Welche Behandlungen oder Unterstützungen hat Ihr Kind bislang erhalten?

- | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------------------|---|
| Sprachtherapie/Logopädie | <input type="checkbox"/> | Frühförderung | <input type="checkbox"/> | Heilpädagogische Behandlung | <input type="checkbox"/> |
| Ergotherapie | <input type="checkbox"/> | Sprachförderung in KiTa | <input type="checkbox"/> | Psychotherapie | <input type="checkbox"/> |
| Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> | Integrationshilfe | <input type="checkbox"/> | Familienhilfe..... | <input type="checkbox"/> |
| Kieferorthop. Behandlung ... | <input type="checkbox"/> | Erziehungsberatung..... | <input type="checkbox"/> | Psychologische Beratung..... | <input type="checkbox"/> |
| Andere | <input type="checkbox"/> | Wenn andere, welche? _____ | | | Keine ... <input type="checkbox"/> |

10. Hatte Ihr Kind jemals Unfälle oder Vergiftungen, die ärztliche Behandlung erforderten?

- | | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Unfall zu Hause..... | <input type="checkbox"/> | Unfall im Strassenverkehr | <input type="checkbox"/> | Vergiftung..... | <input type="checkbox"/> |
| Unfall in KiTa/Schule/Verein | <input type="checkbox"/> | Unfall an einem sonstigen Ort.... | <input type="checkbox"/> | Keine | <input type="checkbox"/> |

11. Nahm Ihr Kind im letzten Jahr Arzneimittel ein?

Nein ... Ja...

- | Wenn ja, wegen | Regelmäßig | Bei Bedarf | Name des Medikamentes |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Allergien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Epilepsie (Krampfanfälle) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Hyperaktivität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| anderer Leiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

12. Möchten Sie uns noch etwas über Ihr Kind mitteilen?

Die Beantwortung der Fragen 13-22 ist freiwillig!

Diese Fragen dienen vorrangig der Gesundheitsberichterstattung. Sowohl die Schuleingangsuntersuchung als auch spätere Untersuchungen oder Stellungnahmen sind davon unabhängig. Sie können im Zweifelsfall auch einzelne Fragen unbeantwortet lassen. Ihnen oder Ihrem Kind entstehen daraus selbstverständlich keine Nachteile.

13. Wie lange wurde Ihr Kind gestillt?

- a. Nicht gestillt..... Weniger als 1 Monat 1 - 3 Monate
 4 - 6 Monate Mehr als 6 Monate Unbekannt
- b. Es wurde bis zum ten Lebensmonat ausschließlich gestillt. Unbekannt

14. Bei wem lebt das Kind hauptsächlich? (Hier bitte nur ein Kreuz machen)

- Bei den leiblichen Eltern Im Heim
 Bei der Mutter mit Partner/in Bei Pflegeeltern/Adoptiveltern
 Bei der Mutter alleinerziehend Bei anderen Familienmitgliedern
 Bei dem Vater mit Partner/in Bei anderen Personen
 Bei dem Vater alleinerziehend

15. Wie viele Kinder leben insgesamt in Ihrem Haushalt? (einschließlich des einzuschulenden Kindes)

- 1 Kind... 2 Kinder... 3 Kinder... 4 Kinder... Mehr als 4 Kinder..., wie viele? _____

16. Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Deutsch... Andere Sprachen ... Welche? _____

17. In welchem Land sind Sie geboren? (Bitte für beide Elternteile angeben)

- Mutter ..In Deutschland ... In einem anderen Land ... In welchem? _____
 VaterIn Deutschland ... In einem anderen Land ... In welchem? _____

18. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? (Bitte für das Kind und beide Elternteile angeben)

- Kind Deutsch.. Andere/weitere Staatsangehörigkeit .. Welche? _____
 Mutter ... Deutsch.. Andere/weitere Staatsangehörigkeit .. Welche? _____
 Vater Deutsch.. Andere/weitere Staatsangehörigkeit .. Welche? _____

19. Wird in Ihrem Haushalt geraucht?

- Nie... Gelegentlich... Häufig...

20. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie? (Bitte für beide Elternteile angeben!)

- | | Mutter/
Sorgeberechtigte | Vater/
Sorgeberechtigter |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Realschulabschluss (Mittlere Reife) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allgemeine Hochschulreife (Abitur)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anderer Schulabschluss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (Noch) in schulischer Ausbildung (Schüler) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schule beendet ohne Schulabschluss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung? Wenn ja, welche?
 (Nennen Sie bitte nur den höchsten Abschluss. Bitte für beide Elternteile angeben!)

	Mutter/ Sorgeberechtigte	Vater/ Sorgeberechtigter
Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachschule (z. B. Meister-Techniker-Schule, Berufs- oder Fachakademie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschule, Ingenieurschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universität, Hochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Ausbildungsabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noch in beruflicher Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Abschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Wer hat den Fragebogen beantwortet?

Mutter/Sorgeberechtigte ... <input type="checkbox"/>	Großmutter ... <input type="checkbox"/>	Pflegemutter ... <input type="checkbox"/>	Geschwister des Kindes ... <input type="checkbox"/>
Vater/Sorgeberechtigter ... <input type="checkbox"/>	Großvater..... <input type="checkbox"/>	Pflegevater..... <input type="checkbox"/>	Anderer Person..... <input type="checkbox"/>