

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 DEMOGRAFIE

ausgefüllt am ____ / ____ / ____

1. Angaben zur Familie

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

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

<input type="checkbox"/> Krippe	<input type="checkbox"/> Kindergarten/-tagesstätte	<input type="checkbox"/> Förderkindergarten	
<input type="checkbox"/> Tagespflege	<input type="checkbox"/> integrative Kindertagesstätte		keine <input type="checkbox"/>

Zu Beginn der ersten Betreuung außerhalb der Familie war das Kind ____ Jahre ____ Monate alt.

In dem jetzigen Kindergarten ist das Kind seit ____ Jahren ____ Monaten.

Wie heißt der Kindergarten? Name/Ort: _____

3. Welche Infektionskrankheiten hatte Ihr Kind bereits?

<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Salmonellen	
<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Borreliose	
<input type="checkbox"/> Ringelröteln	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Hirn-/Hirnhautentzündung	
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Rotaviren	
<input type="checkbox"/> andere/welche?			keine <input type="checkbox"/>

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

<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Blasen-/Harnwegsentzündung	<input type="checkbox"/> Pseudokrampf-Anfall	
<input type="checkbox"/> Hals-/Mandelentzündung	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> cerebraler Krampfanfall	
<input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe	<input type="checkbox"/> häufige Infekte	
<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Infektion			
<input type="checkbox"/> andere/welche?			keine <input type="checkbox"/>

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

Bitte bringen Sie gegebenenfalls aussagefähige Unterlagen mit!

<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Polypen (Adenoide)	<input type="checkbox"/> Krampfanfälle (Epilepsie)	
<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Wirbelsäulenleiden	<input type="checkbox"/> Tumor-/Krebserkrankung	
<input type="checkbox"/> chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Rheuma	
<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Herzfehler/Herzkrankung	<input type="checkbox"/> Autismus	
<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> angeborene Beeinträchtigung	
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie	<input type="checkbox"/> chron. Harnwegsinfekte	<input type="checkbox"/> körperliche Beeinträchtigung	
<input type="checkbox"/> allergische Hautausschläge	<input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom	<input type="checkbox"/> geistige Beeinträchtigung	
<input type="checkbox"/> andere/welche?			keine <input type="checkbox"/>

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

<input type="checkbox"/> 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"/> Mund-/behinderte Nasenatmung
<input type="checkbox"/> Einkoten	<input type="checkbox"/> Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/> ausgeprägte Tagesmüdigkeit
<input type="checkbox"/> andere/welche? _____		
		keine <input type="checkbox"/>

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

<input type="checkbox"/> 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/welchen? _____		
		bei keinem <input type="checkbox"/>

Wie heißt der Kinderarzt? Name / Ort: _____

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

<input type="checkbox"/> Entwicklungsdiagnostik	_____
<input type="checkbox"/> Reha- oder Kuraufenthalt	_____
<input type="checkbox"/> Allergietest	_____
<input type="checkbox"/> ambulante Operation	_____
<input type="checkbox"/> stationäre Krankenhausbehandlung	_____
keine <input type="checkbox"/>	

_____ genauere Angaben (z.B. ambulante Operation: Polypen/2016)

9. Welche Behandlung oder Unterstützung hat Ihr Kind bislang erhalten

<input type="checkbox"/> 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"/> kieferorthopädische Behandlung	<input type="checkbox"/> Erziehungsberatung	<input type="checkbox"/> psychologische Beratung
<input type="checkbox"/> andere/welche? _____		
		keine <input type="checkbox"/>

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

<input type="checkbox"/> 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	
keine <input type="checkbox"/>		

11. Nahm Ihr Kind im letzten Jahr Arzneimittel ein? _____ ja nein _____

wenn ja, wegen	regelmäßig	bei Bedarf	Name des Medikaments
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 insgesamt gestillt? (auch mit Zufüttern)

weniger als 1 Monat 1 – 3 Monate 4 – 6 Monate mehr als 6 Monate
 unbekannt **nicht gestillt**

Wie viele Monate wurde Ihr Kind ausschließlich gestillt? (ohne Zufüttern) _____ Monate

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

<input type="checkbox"/> bei den leiblichen Eltern	<input type="checkbox"/> im Heim
<input type="checkbox"/> bei der Mutter mit Partner/in	<input type="checkbox"/> bei Pflegeeltern/Adoptiveltern
<input type="checkbox"/> bei der Mutter alleinerziehend	<input type="checkbox"/> bei anderen Familienmitgliedern
<input type="checkbox"/> bei dem Vater mit Partner/in	<input type="checkbox"/> bei anderen Personen
<input type="checkbox"/> bei dem Vater alleinerziehend	

15. Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt? (einschließlich Einschulkind) _____ Kind/Kinder

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

deutsch andere Sprache, welche? _____

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

Mutter in Deutschland in welchem anderen Land? _____
Vater in Deutschland in welchem anderen Land? _____

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

Kind die deutsche andere/weitere, welche? _____
Mutter die deutsche andere/weitere, welche? _____
Vater die deutsche andere/weitere, welche? _____

19. Wird in Ihrem Haushalt geraucht?

nie gelegentlich häufig

20. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie? (Bitte jeweils für beide Eltern angeben)

Mutter	Vater	bzw. Sorgeberechtigte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 ohne Abschluss beendet

21. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung? Welche?

(Bitte für beide Eltern jeweils nur den höchsten Abschluss angeben)

Mutter	Vater	bzw. Sorgeberechtigte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Berufsschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fachschule (wie 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

22. Wer hat den Fragebogen beantwortet?

<input type="checkbox"/>	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"/>	andere Person

Terminänderungen und Rückfragen

Montag – Donnerstag zwischen 8.30 – 11.00 Uhr

Telefon 02602 124 -726 / -733

Kreisverwaltung des Westerwaldkreises

Gesundheitsamt

Peter-Altmeier-Platz 1

56410 Montabaur

Unter www.westerwaldkreis.de/einschulungsuntersuchungen.html finden Sie diesen Elternfragebogen in anderen Sprachen wie z.B. Arabisch, Bulgarisch, Englisch, Russisch und Türkisch

Routenplaner: <https://www.westerwaldkreis.de/anfahrt.html>

Anfahrt

Von Eschelbach/Wirges kommend fahren Sie über die beiden Kreisel in Richtung Stadtmitte,

von der Autobahn/B49 kommend über die mittlere Zufahrt Richtung Stadtmitte.

In Montabaur folgen Sie bitte den weißen Hinweisschildern zum Kreishaus.

Das Gesundheitsamt befindet sich in der Kreisverwaltung.

Die Parkplätze sind hinter dem Gebäude.

