

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 Dauer in Jahren	<input type="text"/>
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten				
Name(n).....Vorname(n).....PLZ, Ort.....				
Straße.....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 <input type="checkbox"/> Diab. mell. Typ II				
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