



## Fragebogen für Eltern von schulpflichtigen Kindern

### 1. Personalien des Kindes (Bitte eintragen!)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Nationalität des Kindes: \_\_\_\_\_

### Eltern/Erziehungsberechtigte

Name Mutter: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Jahr: \_\_\_\_\_

Name Vater: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Jahr: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse : \_\_\_\_\_

Geburtsland der Mutter: \_\_\_\_\_ des Vaters: \_\_\_\_\_

Nationalität der Mutter: \_\_\_\_\_ des Vaters: \_\_\_\_\_

### 2. Fragen zum Kindergartenbesuch des Kindes (Bitte eintragen!)

Kindergartenbesuch seit \_\_\_\_\_

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

vorgesehene Grundschule: \_\_\_\_\_

### 3. Fragen zu Schwangerschaft und Geburt (Bitte ankreuzen und eintragen!)

Geburt in der \_\_\_\_ SS-Woche  Normal  Kaiserschnitt  Zange/Saugglocke

Mehrlingsgeburt  Komplikationen  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g Geburtslänge: \_\_\_\_\_ cm

### 4. Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes (Bitte ankreuzen und eintragen!)

Konnte Ihr Kind bis zum 18. Monat frei laufen?  ja  nein

Konnte Ihr Kind mit 24 Monaten 2-Wort Sätze sprechen (z.B. „Mama da“)?  ja  nein

Ist die U9 bereits erfolgt bzw. geplant?  nein  ja Termin am: \_\_\_\_\_

Was fällt Ihnen bei Ihrem Kind auf? \_\_\_\_\_

Wächst ihr Kind mehrsprachig auf?  nein  ja Familiensprache: \_\_\_\_\_

**Bitte wenden!**

**5. Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes** (Bitte ankreuzen und eintragen)

**Welche Infektionserkrankungen hatte Ihr Kind bisher?**

- |  |                                    |                                      |                                     |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Windpocken      | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Masern     |
| <input type="checkbox"/> Mumps           | <input type="checkbox"/> Röteln    | <input type="checkbox"/> Hepatitis   | <input type="checkbox"/> Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |                                    |                                      |                                     |

**Bestehen folgende chronische Erkrankungen?**

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma                | <input type="checkbox"/> Allergie             | <input type="checkbox"/> Neurodermitis               | <input type="checkbox"/> Diabetes                      |
| <input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt        | <input type="checkbox"/> Bewegungs-<br>unruhe | <input type="checkbox"/> Konzentrations-<br>schwäche | <input type="checkbox"/> Bettnässen                    |
| <input type="checkbox"/> Ohrenentzündungen     | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden        | <input type="checkbox"/> Herzfehler                  | <input type="checkbox"/> Orthopädische<br>Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Allergischer Rhinitis | <input type="checkbox"/> Ekzem                | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____             |  |

- Operationen:**     Polypen     Mandeln     Unfall     Paukenröhrchen     Leistenbruch  
 Vorhautverengung     Sonstige: \_\_\_\_\_

- Förderung:**     Krankengymnastik     Integrationsgruppe  
 psychologische Beratung     Heilpädagogischer Kindergarten  
 Sprachtherapie     Ergotherapie  
 Psychomotorik/Motopädie     Frühförderung
- Sonstige: \_\_\_\_\_    Dauer: \_\_\_\_\_  
 Sprachförderung im Kindergarten

**Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?**

- Nein     Ja, folgende: \_\_\_\_\_

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Verdacht auf<br>Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Verdacht auf<br>Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Brille/Hörgerät<br>seit: _____ |
|---|---|---|

**Regelmäßige Untersuchung beim:**

- |  |       |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Kinder- oder Hausarzt | _____ |
| <input type="checkbox"/> HNO-Arzt              | _____ |
| <input type="checkbox"/> Augenarzt             | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstige              | _____ |

**Die Beantwortung der folgenden Fragen ist freiwillig!**

**7. Fragen zur Lebenssituation des Kindes**

Anzahl der Geschwister im Haushalt: \_\_\_\_\_ jüngere Geschwister      \_\_\_\_\_ ältere Geschwister

**Wer erzieht Ihr Kind?**

Beide Eltern  
 zusammen lebend  
 getrennt lebend

alleinerziehend  
(Mutter oder Vater)

Elternteil mit Partner

Angehörige       Pflegeeltern       Heim oder andere Institution

**Wer wird Ihr Kind voraussichtlich nach der Schule betreuen?**

Eltern/Elternteil       Hort       Angehörige       Tagesmutter

Sonstige: \_\_\_\_\_

<b>Letzter Schulabschluss</b>	<b>Mutter / Partnerin</b>	<b>Vater / Partner</b>	<b>Letzte abgeschlossene Berufsausbildung</b>	<b>Mutter / Partnerin</b>	<b>Vater / Partner</b>
Hauptschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lehre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fach-, Handels- oder Meisterschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fachhochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Universität / Hochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiger Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Berufsausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Noch) keinen Abschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Noch) keinen Abschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erwerbstätigkeit</b>	<b>Mutter / Partnerin</b>		<b>Vater / Partner</b>		
Ganztags erwerbstätig (30 Stunden und mehr)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Teilzeit erwerbstätig (15 - 29 Stunden)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Nicht erwerbstätig (0 - 14 Stunden/Woche)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		