

Angaben zur Gesundheitsvorgeschichte

E 2020	Einschulkind
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort / - land Staatsangehörigkeit (ggf. mehrere)	
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)	
zuständige Schule	
Kindergarten (Name, Aufnahme datum)	
KISS-Sprachscreening	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorlaufkurs	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Behandelnde Ärzte	

	Vater	Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort / - land Staatsangehörigkeit (ggf. mehrere)		
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.)	siehe Kind <input type="checkbox"/>	siehe Kind <input type="checkbox"/>
Telefon		

Geschwister (Geburtsjahr / Geschlecht)	1.	2.	3.
	4.	5.	6.
	7.		

Familienvorgeschichte (Eltern oder Geschwister des Kindes)

Brillen- bzw. Kontaktlinsenträger	<input type="checkbox"/>	Lese-Rechtschreibschwäche	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Rechenschwäche	<input type="checkbox"/>
Chron. Erkrankungen/ bzw. Behinderungen	<input type="checkbox"/> (welche):		

Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung

Probleme während der Schwangerschaft/Geburt	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Geburtsgewicht : _____ g
Freies Laufen mitMon.		Besonderheiten der Säuglings- u. Kleinkinderzeit: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche) :
Erste Worte mitMon.		
Erste Sätze mitMon.		
Tagsüber ohne Windeln mitJahren		
Nachts ohne Windeln mitJahren		

Erkrankungen / Unfälle (Zutreffendes ankreuzen bzw. beschreiben)

Windpocken: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	Schwere Infektionskrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung):
Andere schwere Erkrankungen:	
Unfälle:	
Krankenhausaufenthalte, Operationen:	
Oft in ärztlicher Behandlung wegen:	
Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Präparat und Dosierung):	

Fördermaßnahmen und Hilfsmittel

Sehstörung	<input type="checkbox"/>	Brille seit:	Schielbehandlung, Sehschule seit:
Hörstörung	<input type="checkbox"/>	Hörhilfen:	
Sprachstörung	<input type="checkbox"/>	Sprachtherapie von	bis
Andere Fördermaßnahmen / Therapien (welche):			
Psychomotorik von	bis	Ergotherapie von	bis

Eingliederungshilfen

Integrationsplatz im Kindergarten von	bis	Frühförderung bei	von	bis
---------------------------------------	-----	-------------------	-----	-----

Persönliche Besonderheiten

Bewegungsunruhe	<input type="checkbox"/>	Konzentrationsschwäche	<input type="checkbox"/>	Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	Ungeschicklichkeit	<input type="checkbox"/>
Verzögerte Entwicklung	<input type="checkbox"/>	Einnässen/Einkoten	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:			

Interessen, besondere Fähigkeiten, Stärken:

Sport im Verein:..... Sonstiges:.....

Ausgefüllt am: von: Unterschrift:.....