

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 	
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten				
Name(n) Vorname(n) PLZ, Ort				
Straße Tel.-Nr.				
Schwangerschaft und Geburtsverlauf (Angaben im gelben Heft)				
Vollendete Schwangerschaftswochen: _ _ ssw Geburtsgewicht: _ _ _ _ Gramm ☐ Mehrlingsgeburt				
Entwicklung				
Wurden bei Ihrem Kind <u>jemals</u> Entwicklungsverzögerungen festgestellt? ☐ Ja ☐ Nein				
Sprachauffälligkeiten in der Entwicklung ☐ Ja ☐ Nein		Freies Laufen bis 18 Monate ☐ Ja ☐ Nein		
Erste Worte (wie Mama, Papa, Auto) bis 18 Monate ☐ Ja ☐ Nein		Kind wächst mehrsprachig auf ☐ Ja ☐ Nein		
Kontakt mit der deutschen Sprache ☐ seit Geburt ☐ nicht seit Geburt				
Wenn nicht seit Geburt Kontakt mit der deutschen Sprache, ab welchem Alter? _ Jahre _ _ Monate				
Ist Ihr Kind ☐ Rechtshänder ☐ Linkshänder ☐ noch unentschieden				
Liegt oder lag bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen oder gesundheitl. Einschränkungen vor?				
Sehstörungen ☐ Nein ☐ Ja Schielbehandlung ☐ Nein ☐ Ja Brillenträger ☐ Nein ☐ Ja				
Schwere Hörstörung ☐ Nein ☐ Ja				
Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen:				
☐ angeborene, schwere Hörstörung		☐ links ☐ rechts		
☐ erworbene, bleibende Hörstörung		☐ links ☐ rechts		
☐ mit Hörgerät versorgt seit		links Monat/Jahr rechts Monat/Jahr		
☐ mit Cochlea-Implantat versorgt seit		links Monat/Jahr rechts Monat/Jahr		
Angeborene Stoffwechsel-/Hormonstörungen (nur ärztl. diagnostizierte) : ☐ Nein ☐ Ja (Welche?):				
☐ MCAD-Mangel ☐ Hypothyreose ☐ PKU ☐ AGS ☐ Mukoviszidose ☐ Diab. mell. Typ I ☐ Diab. mell. Typ II				
Sonstige chronische Erkrankungen: ☐ Nein ☐ Ja (Welche?):				
Schwere Behinderung: ☐ Nein ☐ Ja (Welche?):				
Regelmäßig einzunehmende Medikamente: ☐ Nein ☐ Ja (Welche?):				
Sind Ihnen Erkrankungen Ihres Kindes bekannt, die bestimmte Vorgehensweisen in Notfallsituationen erfordern (z.B. Allergien, Epilepsie, u.a.)? ☐ Nein ☐ Ja				
Wenn ja, welche?				
Hat Ihr Kind jemals Fördermaßnahmen oder Behandlungen erhalten?				
Teilnahme am Vorkurs Deutsch		☐ Nein ☐ Ja ☐ geplant		
Sprachtherapie (Logopädie)		☐ Nein ☐ abgeschlossen ☐ läuft z.Zt. noch ☐ geplant		
Frühförderung/Heilpädagogik/Ergotherapie		☐ Nein ☐ abgeschlossen ☐ läuft z.Zt. noch ☐ geplant		
Krankengymnastik		☐ Nein ☐ abgeschlossen ☐ läuft z.Zt. noch ☐ geplant		
Kinderarzt/Hausarzt:				