

Elternfragebogen zur Untersuchung durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes – Einschulung

Anlage 2 zu § 3 Absatz 1 Nummer 2 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst-Verordnung (KJGDV)

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit * gekennzeichnete Angaben sind freiwillige Angaben.

Nachname des Kindes		Vorname des Kindes		Geburtsdatum des Kindes _ _ . _ _ . _ _ _ _	
Name(n) und Anschrift(en) der oder des Personensorgeberechtigten				Telefon, Handy*	
Kitauntersuchungen: Name und Anschrift der Kindertagesstätte beziehungsweise Kindertagespflege			Zusätzlich bei Schuleingangsuntersuchungen: Name und Anschrift der Schule auf die das Kind voraussichtlich gehen wird		
Schwerbehindertenausweis vorhanden? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		gegebenenfalls Grad der Behinderung		gegebenenfalls Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	

1. Welche der folgenden Krankheiten wurden bei Ihrem Kind jemals ärztlich diagnostiziert?

Mehrfachnennungen möglich.

<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Allergischer Schnupfen, Augenentzündung	<input type="checkbox"/> Tumor, Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenfunktionsstörung
<input type="checkbox"/> ADS, ADHS		<input type="checkbox"/> Hüfterkrankung	<input type="checkbox"/> Andere, und zwar:
<input type="checkbox"/> Sprachauffälligkeit	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Wirbelsäulenleiden	_____
<input type="checkbox"/> Sehstörung	<input type="checkbox"/> Allergische Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> Bewegungsstörung	_____
<input type="checkbox"/> Hörstörung	<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	_____
<input type="checkbox"/> Herzfehler, Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie, -unverträglichkeit	<input type="checkbox"/> Autismus-Spektrum-Störung (ASS)	
<input type="checkbox"/> Nieren- und Harnwegserkrankung			
			<input type="radio"/> Keine

2. Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

Mehrfachnennungen möglich.

<input type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> Hirn-, Hirnhautentzündung	<input type="checkbox"/> Ringelröteln	<input type="checkbox"/> Windpocken
<input type="checkbox"/> Hand-Fuß-Mund-Krankheit	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Andere, und zwar:
<input type="checkbox"/> Borreliose	<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Rotavirus-Infektion	_____
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Scharlach	
			<input type="radio"/> Keine

3. Welche Erkrankungen sind in den vergangenen 12 Monaten bei Ihrem Kind aufgetreten?

Mehrfachnennungen möglich.

<input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe	<input type="checkbox"/> Andere, und zwar:
<input type="checkbox"/> Hals-, Mandelentzündung	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> Cerebraler Krampfanfall	_____
<input type="checkbox"/> Pseudokrapp-Anfall	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Infektion	<input type="checkbox"/> Blasen- und Harnwegsentzündung	_____
			<input type="radio"/> Keine

4. Zeigte Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten folgende Verhaltensauffälligkeiten?

Mehrfachnennungen möglich.

<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/> Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/> Motorische Unruhe, Hyperaktivität	<input type="checkbox"/> Andere, und zwar:
<input type="checkbox"/> Bettnässen	<input type="checkbox"/> Aggressivität	<input type="checkbox"/> Unüberlegte, riskante Handlungen	_____
<input type="checkbox"/> Einkoten	<input type="checkbox"/> Schlafstörung		_____
			<input type="radio"/> Keine

5. Bei welchen Ärztinnen oder Ärzten haben Sie Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten vorgestellt?

Mehrfachnennungen möglich.

<input type="checkbox"/> Kinderarzt, Hausarzt	<input type="checkbox"/> Augenarzt	<input type="checkbox"/> Urologe	<input type="checkbox"/> Andere, und zwar:
<input type="checkbox"/> Zahnarzt	<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren-Arzt	<input type="checkbox"/> Chirurg, Orthopäde	_____
<input type="checkbox"/> Kieferorthopäde	<input type="checkbox"/> Hautarzt	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiater	_____
			<input type="radio"/> Bei keinen

6. Welche Behandlungen oder Unterstützungen hat Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten erhalten?

Mehrfachnennungen möglich.

<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Integrationskita	<input type="checkbox"/> Psychologische Behandlung, Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Andere, und zwar:
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Einzelintegration	<input type="checkbox"/> Psychiatrische Institutionsambulanz (PIA)	_____
<input type="checkbox"/> Physiotherapie, Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Sprachförderung in der Kita		_____
<input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	<input type="checkbox"/> Frühförder- und Beratungsstelle		_____
			<input type="radio"/> Keine

7. Welche Hilfsmittel nutzt Ihr Kind?

Mehrfachnennungen möglich.

<input type="checkbox"/> Sehhilfe (zum Beispiel Brille)	<input type="checkbox"/> Orthese	<input type="checkbox"/> Andere, und zwar:
<input type="checkbox"/> Hörhilfe	<input type="checkbox"/> Zahnersatz (Prothese, Platzhalter)	_____
		<input type="radio"/> Keine

8. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Nein Ja. Namen der Medikamente: _____

9. Muss Ihr Kind Notfallarzneimittel mit sich führen? Wenn ja, welche?

Nein Ja. Namen der Medikamente: _____

10. Wurde Ihr Kind jemals ambulant oder in einem Krankenhaus operiert, beziehungsweise ist eine Operation geplant?

Ja Nein

Wenn ja, welche Operationen wurden durchgeführt, beziehungsweise sind geplant? (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> Paukenröhrchen	<input type="checkbox"/> Nabelbruch	<input type="checkbox"/> Blutschwamm	<input type="checkbox"/> Andere, und zwar:
<input type="checkbox"/> Polypentfernung	<input type="checkbox"/> Phimose, Vorhautverengung	<input type="checkbox"/> Hodenhochstand	_____
<input type="checkbox"/> Gaumenmandelentfernung , -verkleinerung	<input type="checkbox"/> Leistenbruch		

11. Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall, der ärztlich behandelt wurde?

Ja Nein

Wenn ja, welche Verletzung hat sich das Kind bei dem Unfall zugezogen und wo ist der Unfall passiert? (Mehrfachnennungen möglich)

Verletzung	Zu Hause	In der KITA	In der Freizeit	Im Straßenverkehr	Anderer Ort
Prellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstauchung, Verrenkung, Ausrenkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offene Wunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehirnerschütterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbrühung, Verbrennung, Verätzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergiftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderere Verletzung, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Sind beziehungsweise waren Sie und Ihr Kind im Netzwerk Gesunde Kinder?

Ja Nein

Wenn ja, seit wann beziehungsweise wie lange?

unter 1 Jahr über 1 Jahr über 2 Jahr über 3 Jahr

13. Wie lange sieht Ihr Kind durchschnittlich pro Tag Fernsehen, Videos, Streamingdienste oder spielt mit der Spielekonsole, dem Smartphone oder anderen elektronischen Geräten?

Bitte unterscheiden Sie dabei zwischen „Montag bis Freitag“ und am „Wochenende“.

Zeitraum	Gar nicht	Weniger als 30 Minuten	30 Minuten bis 1 Stunde	1 bis 2 Stunden	2 bis 3 Stunden	3 Stunden oder mehr
Montag bis Freitag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wochenende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Wie häufig...

Im Sommer	Etwa jeden Tag	3 bis 5 mal pro Woche	1 bis 2 mal pro Woche	Etwa 1 bis 2 mal im Monat	Nie
Wie häufig spielt Ihr Kind im Freien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie häufig treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie häufig treibt Ihr Kind Sport außerhalb eines Vereins?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Im Winter	Etwa jeden Tag	3 bis 5 mal pro Woche	1 bis 2 mal pro Woche	Etwa 1 bis 2 mal im Monat	Nie
Wie häufig spielt Ihr Kind im Freien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie häufig treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie häufig treibt Ihr Kind Sport außerhalb eines Vereins?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Fortbewegung

Fährt Ihr Kind selbstständig Laufrad, Roller oder Fahrrad? Ja Nein

Geht Ihr Kind zu Fuß, zum Beispiel zur Kita, zum Sport? Ja Nein

16. Wie lange wurde Ihr Kind ausschließlich gestillt?

nie gestillt weniger als 6 Monate mehr als 6 Monate keine Angabe

17. Wie lange besucht(e) Ihr Kind bisher insgesamt eine Kindertagespflege und/oder eine Kindertagesstätte?

gar nicht unter 1 Jahr über 1 Jahr über 2 Jahre über 3 Jahre über 4 Jahre

18. Wie viele Kinder und Erwachsene leben insgesamt in Ihrem Haushalt?

Anzahl Kinder: 1 Kind 2 Kinder 3 Kinder 4 oder mehr Kinder

Anzahl Erwachsene: _____

19. Bei wem lebt Ihr Kind hauptsächlich?

Bitte nur ein Feld ankreuzen.

<input type="radio"/> Bei den leiblichen Eltern bei der Mutter	<input type="radio"/> bei dem Vater	<input type="radio"/> In stationärer Einrichtung
<input type="radio"/> mit Partnerin oder Partner	<input type="radio"/> mit Partnerin oder Partner	<input type="radio"/> Bei Pflegeeltern
<input type="radio"/> alleinerziehend	<input type="radio"/> alleinerziehend	<input type="radio"/> Bei anderen Familienmitgliedern, Verwandten
<input type="radio"/> im Wechselmodell		<input type="radio"/> Bei anderen Personen und zwar:

20. In welchem Land wurden Sie, Ihre Partnerin oder Ihr Partner und Ihr Kind geboren?

Wenn Sie mit einer Partnerin oder einem Partner im Haushalt leben, die oder der nicht die leibliche Mutter oder der leibliche Vater des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

Geburtsland des Kindes

Deutschland anderes Land und zwar: _____

Geburtsland der Mutter

Deutschland anderes Land und zwar: _____

Geburtsland des Vaters

Deutschland anderes Land und zwar: _____

21. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie, Ihre Partnerin oder Ihr Partner und Ihr Kind?

Wenn Sie mit einer Partnerin oder einem Partner im Haushalt leben, die oder der nicht die leibliche Mutter oder der leibliche Vater des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein (Mehrfachnennungen möglich).

Geburtsland des Kindes

Deutschland andere und zwar: _____

Geburtsland der Mutter

Deutschland andere und zwar: _____

Geburtsland des Vaters

Deutschland andere und zwar: _____

22. Welche Sprache oder Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen?

Mehrfachnennungen möglich.

Deutschland andere und zwar: _____

23. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie und Ihre Partnerin oder Ihre Partner?

Wenn Sie mit einer Partnerin oder einem Partner im Haushalt leben, die oder der nicht die leibliche Mutter oder der leibliche Vater des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

Schulabschluss	Mutter	Vater
kein Abschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Förderschulabschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hauptschulabschluss, Berufsbildungsreife	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erweiterte Berufsbildungsreife (EBR), Fachoberschulreife (FOR)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realschulabschluss, Mittlerer Schulabschluss (MSA), 10. Klasse-Abschluss, mittlere Reife	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abitur, Fachhochschulreife, Fachabitur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung? Wenn ja, welche? Bitte nennen Sie den höchsten Abschluss für beide Elternteile

Wenn Sie mit einer Partnerin oder einem Partner im Haushalt leben, die oder der nicht die leibliche Mutter oder der leibliche Vater des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

Berufsausbildung	Mutter	Vater
ohne Berufsausbildung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in Ausbildung, Studium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abgeschlossene Berufsausbildung, Fachschulabschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(Fach-) Hochschulabschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Inwieweit sind Sie und Ihre Partnerin oder Ihr Partner erwerbstätig?

Wenn Sie mit einer Partnerin oder einem Partner im Haushalt leben, die oder der nicht die leibliche Mutter oder der leibliche Vater des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein. Unter "nicht erwerbstätig" werden Personen verstanden, die weniger als eine Stunde pro Woche erwerbstätig sind.

Erwerbstätig	Mutter	Vater
vollzeitbeschäftigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
teilzeitbeschäftigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nicht erwerbstätig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Möchten Sie uns noch etwas zur Entwicklung Ihres Kindes mitteilen?

Hiermit bestätige ich, dass ich die Informationen für die Datenverarbeitung erhalten habe.

Ort, Datum

Unterschrift der oder des Personensorgeberechtigten

Sofern nur ein Berechtigter unterschreibt, versichert dieser zugleich mit Vollmacht und Zustimmung des anderen die Angaben getätigt zu haben. Gleiches gilt für im Haushalt lebende Partner.