

# Angaben zur kinderärztlichen Untersuchung Ihres Kindes

**EINSCHULUNG**

## Vertraulich! (Nur für den Kinder- und Jugendarzt Ihres Gesundheitsamtes)

Sämtliche Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum  _ _ _ _ _ _ _ _
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten		Telefon / Handy
Name und Anschrift der Schule		
Behindertenausweis vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Grad der Behinderung  _ _	Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

### 1. Allgemeine Fragen

Welche Muttersprache spricht Ihr Kind?	<input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/> andere: wenn ja, welche	<input type="checkbox"/> wächst zweisprachig auf
Mein Kind besucht eine Kita	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> seit 1 Jahr <input type="checkbox"/> seit 2 Jahren <input type="checkbox"/> seit 3 Jahren <input type="checkbox"/> seit 4 Jahren

### 2. Rund um die Geburt

Schwangerschaftsverlauf <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> mit Komplikationen <input type="checkbox"/> unbekannt	Dauer der Schwangerschaft in Wochen  _ _	
Geburtsverlauf <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> mit Komplikationen <input type="checkbox"/> unbekannt	Geburtsgewicht  _ _ _ _  g	Geburtslänge  _ _  cm
Wie lange wurde Ihr Kind <b>ausschließlich</b> gestillt?		
<input type="checkbox"/> unter 2 Monate <input type="checkbox"/> 2 bis unter 4 Monate <input type="checkbox"/> 4 bis unter 6 Monate <input type="checkbox"/> länger als 6 Monate <input type="checkbox"/> nie gestillt		

### 3. Entwicklung des Kindes

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn nein, bitte Ihre Hinweise: _____		
Liegen gesundheitliche Besonderheiten vor?	<input type="checkbox"/> nein	
ja nämlich:	<input type="checkbox"/> Sprachauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Hörstörungen
	<input type="checkbox"/> häufiges Hinfallen	<input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> unbekannt

### 4. Andere Erkrankungen des Kindes

Wurde jemals durch einen Arzt eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein	
ja nämlich:		
<input type="checkbox"/> Allergischer Schnupfen und/oder Augenentzündung	<input type="checkbox"/> wiederholt Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung
<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Epilepsie (so genannte Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe
<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Hüfterkrankungen
<input type="checkbox"/> Nieren- und Harnwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> ADS/ADHS	<input type="checkbox"/> andere (wenn ja, welche?)
<input type="checkbox"/> unbekannt, ob eine der genannten Erkrankungen vorliegt	_____	
Mein Kind hatte in den letzten 12 Monaten ...		
<input type="checkbox"/> mehr als 3 Bronchitiden	<input type="checkbox"/> eine Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> mehr als 3 Ohrenentzündungen <input type="checkbox"/> 5 und mehr Erkältungen.

## 5. Fragen zu Allergien

Haben Eltern oder auch die Geschwister Beschwerden durch ...	Mutter/Vater			Geschwister (falls zutreffend)		
	ja	nein	weiß nicht	ja	nein	weiß nicht
→ Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Neurodermitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte Ihr Kind in den <b>letzten 12 Monaten</b> ...	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>weiß nicht</b>			
gleichzeitig mit <b>Niesanfällen</b> eine laufende, verstopfte oder juckende Nase und/oder tränende Augen, obwohl es nicht erkältet war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hatte Ihr Kind in den <b>letzten 12 Monaten</b> ...	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>weiß nicht</b>			
beim Atmen <b>pfeifende</b> oder <b>fiepende Atemgeräusche</b> im Brustkorb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>falls ja</b> diese während oder nach körperlicher Anstrengung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
nachts einen trockenen Reizhusten, obwohl es keine Erkältung oder Bronchitis hatte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5 oder mehr Anfälle von pfeifender oder fiepender Atmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hatte Ihr Kind <b>jemals</b> ...	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>weiß nicht</b>			
einen <b>juckenden Hautausschlag</b> in den Ellenbeugen oder Kniegelenken, an Hand- und Fußgelenken, im Gesicht oder am Hals, der stärker oder schwächer über mindestens 6 Monate andauerte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## 6. Fragen zum Verhalten

Kreuzen Sie bitte an, ob die unten aufgeführten Auffälligkeiten bei Ihrem Kind **in den letzten 6 Monaten** aufgetreten sind. Sollte Ihr Kind zur Zeit Medikamente erhalten, die sein Verhalten verändern, beantworten Sie bitte die Fragen so wie sich Ihr Kind verhält, wenn es keine Medikamente erhält.

Mein Kind ...	stimmt	stimmt nicht
ist zu Hause beim Spielen sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist im Kindergarten sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist zu Hause (z. B. beim Essen) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist im Kindergarten sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist zu Hause häufig ungehorsam (starrköpfig).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist im Kindergarten häufig ungehorsam (starrköpfig).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prügelt sich häufig mit anderen Kindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wird von anderen Kindern häufig geärgert, gehänselt, verprügelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat Angst vor anderen Kindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat in den letzten 3 Monaten nachts mehr als 2 mal pro Monat eingenässt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hat Ihr Kind im eigenen Zimmer einen Fernseher, eine Spielkonsole oder Vergleichbares?  ja  nein

Wie lange sieht Ihr Kind durchschnittlich pro Tag Fernsehsendungen, DVD, Videofilme oder spielt mit der Spielekonsole, dem Smartphone?

weniger als eine Stunde  \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag (bitte Anzahl der Stunden eintragen)

## 7. Fragen zu Unfällen

Hatte Ihr Kind **jemals** einen Unfall, der **ärztlich** behandelt werden musste?  nein  ja  unbekannt

↪ Wenn ja, welche Verletzung? Bitte geben Sie in der Tabelle die Verletzung und den dazugehörigen Unfallort ein: \_\_\_\_\_

Verletzung	zu Hause	in der Kita	im Straßenverkehr	anderer Ort
Gehirnerschütterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwere Schnittverletzungen	<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"/>
Verbrühung/Verbrennung	<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"/>
andere schwere Verletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es auf Grund der Verletzung noch Beschwerden?  nein  wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

## 8. Krankenhausbehandlung

8a. Wurde Ihr Kind jemals im Krankenhaus stationär behandelt?

nein

ja, wegen:  eines Unfalls  einer Krankheit: Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

8b. Wurde Ihr Kind jemals operiert (auch ambulant)?

nein

ja

Wenn ja, wegen: \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

## 9. Derzeitige ärztliche Behandlung

9a. Mein Kind befindet bzw. befand sich wegen einer Erkrankung in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung (nicht wegen Impfungen, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, "U-Untersuchungen")

nein

ja

Wenn ja: bitte weiter mit Frage 9b

9b. Mussten weitere Ärzte wegen einer besonderen Untersuchung oder Behandlung aufgesucht werden?

nein

ja

Wenn ja, wegen:

Wo?

im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ)

in  Brandenburg

Berlin

Mecklenburg-Vorpommern

Sachsen

Sachsen-Anhalt

anderes Bundesland

in spezialfachärztlicher Einrichtung

in  Brandenburg

Berlin

anderes Bundesland

in psychologischer oder kinder- u. jugendpsychiatrischer Einrichtung

## 10. Mein Kind befindet bzw. befand sich in den letzten 12 Monaten in Förderung:

nein

Wenn ja, Art der Förderung

in Frühförder- und Beratungsstellen

Ergotherapie

in einer Integrationskita

Physiotherapie/ Krankengymnastik

in Einzelintegration

Logopädie

Sonstiges

## 11. Medikamenteneinnahme

11a. Nimmt bzw. nahm Ihr Kind in den letzten 12 Monaten regelmäßig Medikamente ein?

nein

Wenn ja, Name des Medikaments \_\_\_\_\_

11b. Muss Ihr Kind Notfallarzneimittel mit sich führen?

nein

Wenn ja, Name des Medikaments \_\_\_\_\_

## 12. Mein Kind und ich waren im Netzwerk Gesunde Kinder

nein

weniger als 1 Jahr

mindestens 2 Jahre

mindestens 1 Jahr

3 Jahre

## 13. Möchten Sie uns noch etwas zur Entwicklung Ihres Kindes mitteilen (Besonderheiten)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Stand: November 2017

Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten