

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

## 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<br>_ _ . _ _ . _ _ _ _   |  |
| 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?<br><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein     |  | gegebenenfalls Grad der Behinderung |   | gegebenenfalls Pflegegrad<br><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"/> Pseudokrupp-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<br>, -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<br>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.