

## Fragebogen für sorgeberechtigte Personen (Schritt 1)

**Sehr geehrte Eltern,  
sehr geehrte Sorgeberechtigte,**

die Untersuchung des Gesundheits- und Entwicklungsstandes Ihres Kindes in Vorbereitung auf die Einschulung ist besonders wichtig, um frühzeitig Förderung und notwendige Behandlungen anzuregen. Erleichtert wird die Einschulungsuntersuchung, wenn frühere Erkrankungen und die Entwicklung des Kindes bekannt sind. Deshalb bitten wir Sie, mit diesem Fragebogen Fragen zur familiären und gesundheitlichen Situation Ihres Kindes zu beantworten.

Die Beantwortung aller Fragen ist **freiwillig**. Sie können den Fragebogen vollständig, teilweise oder gar nicht ausfüllen. Mit Ihren Angaben können wir Untersuchung und Beratung auf Ihr Kind abstimmen. Abgesehen hiervon entsteht Ihrem Kind und Ihnen jedoch kein Nachteil, wenn Sie den Bogen nicht oder nicht vollständig ausfüllen.

Der Fragebogen wird nach der Einschulungsuntersuchung mit den anderen Unterlagen Ihres Kindes zur schulärztlichen Untersuchung im Gesundheitsamt verschlossen aufbewahrt und spätestens vier Jahre nach der termingerechten Einschulung beim Gesundheitsamt vernichtet. Eine Weiterleitung des Fragebogens an die Schule oder eine andere Stelle erfolgt unter keinen Umständen.

Wenn Sie den Fragebogen ausgefüllt an uns zurückgeben, willigen Sie ein, dass wir den Fragebogen für die Untersuchung Ihres Kindes nutzen. Einige Daten dienen darüber hinaus der Gesundheitsberichterstattung und werden zur anonymen statistischen Auswertung dem Landesgesundheitsamt zur Verfügung gestellt. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Die Sozialangaben (letzte Seite des Fragebogens) werden unmittelbar nach der Erfassung vernichtet.

Mit freundlichen Grüßen

*(Angabe von Kontaktdaten des Gesundheitsamtes)*

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname und Geburtsdatum des Kindes

\_\_\_\_\_  
Kindertageseinrichtung/Gruppe

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer und Mailadresse der Eltern/Sorgeberechtigten (für Rückfragen)

**1. Wie lange besucht Ihr Kind bis jetzt eine deutschsprachige Kindertageseinrichtung?**

nie    weniger als 1 Jahr    1 bis 2 Jahre    2 bis 3 Jahre    3 Jahre und länger  
                                                                               

Wie viele Stunden ist Ihr Kind **pro Woche** in der Kindertageseinrichtung?

Stunden

**2. Bei wem lebt Ihr Kind hauptsächlich? (Hier bitte nur ein Kreuz machen!)**

Bei den Eltern   
Bei einem Elternteil   
Andere (bitte ergänzen)  \_\_\_\_\_

**3. Mit wie vielen Geschwistern/Halbgeschwistern lebt Ihr Kind zusammen?**

Anzahl:

Bitte geben Sie das Geburtsjahr der Geschwister/Halbgeschwister an:

          

**4. Welche Sprache(n) wurde(n) mit Ihrem Kind während der ersten drei Lebensjahre gesprochen (Familiensprache)?**

Deutsch     Andere Sprache(n)     Deutsch und andere Sprache(n)

Welche andere(n) Sprache(n)? \_\_\_\_\_

Machen Sie sich Sorgen um die Sprachentwicklung Ihres Kindes in der Familiensprache?

Ja     Nein     Wenn ja, welche Sorgen machen Sie sich?

**5. In welchem Land wurde Ihr Kind geboren?**

Deutschland     Anderes Land     Welches? \_\_\_\_\_

**6. Einige Fragen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes**

### 6.1 Hat oder hatte Ihr Kind jemals folgende Krankheiten?

- Hörstörungen Ja  Nein   
 Wenn ja, ist Ihr Kind deswegen aktuell in Behandlung? Ja  Nein
- Sehstörungen Ja  Nein   
 Wenn ja, ist Ihr Kind deswegen aktuell in Behandlung? Ja  Nein
- Hat Ihr Kind eine Brille (Sehhilfe)? Ja  Nein   
 Wenn ja, in welchem Alter hat Ihr Kind die Sehhilfe bekommen?  
 Mit  Jahren
- Andere chronische Erkrankung (beispielsweise Asthma, Rheuma, Diabetes, Herzleiden, Anfallsleiden) Ja  Nein   
 Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- Hat Ihr Kind eine Behinderung Ja  Nein   
 Wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_
- Ist Ihr Kind jemals operiert worden Ja  Nein   
 Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_
- War Ihr Kind schon einmal stationär im Krankenhaus Ja  Nein   
 Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

### 6.2 Benötigt oder nimmt Ihr Kind vom Arzt/von der Ärztin verschriebene Medikamente?

- Ja  Nein   
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Müssen Medikamente während der Zeit in der Kindertages-Einrichtung verabreicht werden? Ja  Nein   
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### 6.3 Bekommt oder wartet Ihr Kind auf eine spezielle Förderung oder Therapie bzw. hat diese beendet?

Ja  Nein

| Wenn ja, bitte ankreuzen:                     | Kind bekommt Therapie | Kind steht auf der Warteliste | Kind hat Therapie beendet | Falls Therapie begonnen, wann? (Monat/Jahr) | Falls Therapie beendet, wann? (Monat/Jahr) |
|-----------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Sprachförderung in der Kindertageseinrichtung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>     |                                             |                                            |
| Logopädie                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>     |                                             |                                            |
| Ergotherapie                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>     |                                             |                                            |
| Psychiatrische Therapie/ Psychotherapie       |                       | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>     |                                             |                                            |

|                                                |                       |                       |                       |  |  |
|------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|--|
| Andere Beratungs-, Förder- oder Heilmaßnahmen* | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |  |
|------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|--|

\*z.B. Frühförderung, Heilpädagogik, Beratung/Behandlung über ein Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), Erziehungsberatungsstelle, Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungsstelle.

Wenn ja, welche?

**7. Wie lange sieht Ihr Kind durchschnittlich pro Tag Fernsehsendungen und Filme an und/oder spielt mit dem Smartphone/Tablet/Computer/an der Spielkonsole?**

(Bitte kreuzen Sie an, was am ehesten zutrifft.)

|                          | Gar nicht             | Bis zu 30 Minuten     | 1/2 bis 1 Stunde      | 1 bis 2 Stunden       | 2 bis 4 Stunden       | Mehr als 4 Stunden    |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| An einem Wochentag       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| An einem Samstag/Sonntag | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Besitzt Ihr Kind ein eigenes Fernsehgerät/Smartphone/Tablet/Computer/Spielkonsole?

Ja     Nein

**8. Machen Sie sich Sorgen um die Entwicklung oder das Verhalten Ihres Kindes?**

(beispielsweise wegen einer in der Familie vorkommenden Lese-Rechtschreibschwäche, psychischen Belastung oder anderen Problemen in der Familie)

Ja     Nein

Wenn ja, welche Sorgen machen Sie sich?

Wenn Sie dazu eine Beratung wünschen, dann nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf.

**9. Was sind Stärken und Begabungen Ihres Kindes?**

---

---

---

Die folgenden Angaben sind wichtig, um zielgerichtete Maßnahmen zur Förderung der Kindergesundheit zu ermöglichen. Sie werden zur anonymen statistischen Auswertung dem Landesgesundheitsamt zur Verfügung gestellt und **nicht zur Beurteilung der Untersuchungsergebnisse** Ihres Kindes verwendet. Die Angaben sind freiwillig und werden unmittelbar nach der Erfassung vernichtet.

## Die Eltern des Kindes

|                                             | Elternteil 1 |                       |   | Elternteil 2 |                       |   |
|---------------------------------------------|--------------|-----------------------|---|--------------|-----------------------|---|
| Geschlecht (weiblich, männlich, divers):    | w            | m                     | d | w            | m                     | d |
| haben folgende <b>Staatsangehörigkeit</b> : |              |                       |   |              |                       |   |
| deutsch                                     |              | <input type="radio"/> |   |              | <input type="radio"/> |   |
| andere Staatsangehörigkeit                  |              | <input type="radio"/> |   |              | <input type="radio"/> |   |
| sind in folgendem <b>Land geboren</b> :     |              |                       |   |              |                       |   |
| Deutschland                                 |              | <input type="radio"/> |   |              | <input type="radio"/> |   |
| in einem anderen Land                       |              | <input type="radio"/> |   |              | <input type="radio"/> |   |
| Angaben zum <b>Schulabschluss</b> :         |              |                       |   |              |                       |   |
| weniger als 10. Klasse                      |              | <input type="radio"/> |   |              | <input type="radio"/> |   |
| 10. Klasse                                  |              | <input type="radio"/> |   |              | <input type="radio"/> |   |
| Abitur, FH-Reife                            |              | <input type="radio"/> |   |              | <input type="radio"/> |   |
| Keine Angabe                                |              | <input type="radio"/> |   |              | <input type="radio"/> |   |
| Angaben zur <b>Berufstätigkeit</b> :        |              |                       |   |              |                       |   |
| in Vollzeit erwerbstätig*                   |              | <input type="radio"/> |   |              | <input type="radio"/> |   |
| in Teilzeit erwerbstätig*                   |              | <input type="radio"/> |   |              | <input type="radio"/> |   |
| nicht erwerbstätig                          |              | <input type="radio"/> |   |              | <input type="radio"/> |   |
| Sonstiges (z. B. Elternzeit)                |              | <input type="radio"/> |   |              | <input type="radio"/> |   |
| Keine Angabe                                |              | <input type="radio"/> |   |              | <input type="radio"/> |   |

\* zur Erwerbstätigkeit zählen auch beispielsweise Ausbildung, Studium