

Name und Vorname/n des Kindes:

Name und Tel.-Nr. der Mutter:

Name und Tel.-Nr. des Vaters:

Geburtsdatum des Kindes:

Wohnadresse des Kindes: PLZ Ort:

Straße, Hausnr.:

Geburtsland des Kindes Deutschland nicht Deutschland, sondern:

Geburtsland der Mutter Deutschland nicht Deutschland, sondern:

Geburtsland des Vaters Deutschland nicht Deutschland, sondern:

Nationalität der Mutter deutsch nicht Deutschland, sondern:

Nationalität des Vaters deutsch nicht Deutschland, sondern:

Zuständige Grundschule:

1. Schwangerschaft und Geburtsverlauf

Erkrankung der Mutter in der Schwangerschaft (z. B. Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck, (Prä)Eklampsie, Thrombose)

nein ja wenn ja, welche?

Normalgeburt (Spontangeburt) Frühgeburt Kaiserschnitt

weitere Geburtskomplikationen (z.B. Saugglocke, Zangengeburt) Mehrlingsgeburt Geburtsgewicht g

2. Entwicklung des Kindes

Allein Laufen gelernt bis zum 15. Monat später

Sprechen gelernt (mind. 2-Wort-Sätze, ca. 50 Wörter) bis zum 2. Geburtstag später

Tags und nachts sauber bis zum 4. Geburtstag später

3. Frühere Erkrankungen

Hatte Ihr Kind in der Vergangenheit eine/ mehrere der folgenden Erkrankungen/ Beeinträchtigungen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> häufige Atemwegserkrankungen (ARE) |
| <input type="checkbox"/> Hörstörung | <input type="checkbox"/> Pseudokrupp |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle (Fieberkrampf, Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Spreiz(hosen)behandlung |
| <input type="checkbox"/> wiederholte Mittelohrentzündung(en)/ -vereiterung(en) | <input type="checkbox"/> Erkrankung(en) der Füße |
| <input type="checkbox"/> Nieren- / Blasenerkrankung(en) | <input type="checkbox"/> Erkrankung(en) der Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung(en) | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankung(en) / welche? | |

4. Aktuelle (derzeitige) gesundheitliche Besonderheiten

Hat Ihr Kind derzeit eine/ mehrere der folgenden Erkrankungen/ Beeinträchtigungen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sehstörung (z.B. Brillenträger, Schielen) | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) |
| <input type="checkbox"/> gehäuftes Atmen mit offenem Mund | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung(en) |
| <input type="checkbox"/> Auffälligkeit(en) im Verhalten | <input type="checkbox"/> Nieren- / Blasenerkrankung(en) |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankung(en) / welche? | |

5. Hat ein(e) Ärztin/Arzt jemals eine der folgenden Krankheiten festgestellt?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Allergie(n) / welche? |

6. Krankenhausaufenthalte und Operationen

Lag Ihr Kind jemals im Krankenhaus? nein ja, und zwar insgesamt mal
wegen: akuter Erkrankung chronischer Krankheit Unfall stationäre Operation(en) sonst.

Wurde Ihr Kind jemals **ambulant** operiert? nein ja

Gründe Krankenhausaufenthalt(e)/ Operation(en):

7. Befindlichkeitsstörungen

Hat Ihr Kind häufiger:

Kopfschmerzen?

Muskel-, Gelenk- oder Rückenschmerzen?

Bauchschmerzen?

Schlafstörungen?

8. Therapien**Wird oder wurde bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Therapien durchgeführt?**

Sprachtherapie/ Logopädie

 derzeit früher (abgeschlossen)

Ergotherapie

 derzeit früher (abgeschlossen)

Physiotherapie

 derzeit früher (abgeschlossen)

ambulante Frühförderung

 derzeit früher (abgeschlossen)

integrative Förderung

 derzeit früher (abgeschlossen)

sonstige Therapien:

Kind nimmt zurzeit regelmäßig Medikamente nein ja / welche?**9. Sonstige gesundheitliche Probleme, die Sie gern im Hinblick auf die Einschulung Ihres Kindes****besprechen möchten**

Die folgenden Angaben sind freiwillig. Sie sollen helfen, die (eventuelle) Notwendigkeit von Therapien und/oder Fördermaßnahmen für Ihr Kind besser einzuschätzen und mit Ihnen besprechen zu können und werden in anonymisierter Form (ohne Namen und Adresse) für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) verwendet. Deshalb bitten wir Sie, auch die nachfolgenden Fragen zu beantworten und die untenstehende Einwilligung zu unterschreiben.

10. Familiäres Umfeld und Betreuung des Kindes

Bezugsperson(en):

das Kind lebt ständig

 bei beiden leiblichen Eltern bei der Mutter beim Vater bei der Mutter mit Ehe-/ Lebenspartner beim Vater mit Ehe-/ Lebenspartner wechselnd zu etwa gleichen Teilen bei Mutter bzw. Vater (mit oder ohne jeweilige/n Lebenspartner/in) bei anderen Bezugspersonen (z.B. Adoptiv-, Groß-, Pflegeeltern, Heim)Geschwister (ohne das einzuschul. Kind) keine Anzahl derzeit im Haushalt lebende Kinder INSGESAM Anzahl

(inklusive des einzuschulenden Kindes)

... davon jünger als das einzuschulende Kind Anzahl

Wie wird Ihr Kind derzeit tagsüber betreut?

 nur zuhause (Hauskind) KITA halbtags ($\leq 5h$), Rest des Tages zuhause KITA ganztags ($\geq 6h$), Rest des Tages zuhause Tagespflege halbt. ($< 5h$), Rest des Tages zuhause Tagespflege ganzt. ($\geq 6h$), Rest des Tages zuhause KITA und Tagespflege (jeweils etwa halbtags)Falls Ihr Kind die KITA besucht: wie alt war es bei Eintritt? $\leq 1J$ 2J 3J 4J 5JErwerbstätigkeit Mutter/ weibl. Partner: ja nein zurzeit Ausbildung/ StudiumErwerbstätigkeit Vater/ männl. Partner: ja nein zurzeit Ausbildung/ StudiumSchulabschluss Mutter/ weibl. Partner: weniger als 10. Klasse 10. Klasse mehr als 10. KlasseSchulabschluss Vater/ männl. Partner: weniger als 10. Klasse 10. Klasse mehr als 10. KlasseWird im Haushalt geraucht? nein jawenn ja, wo ..(bitte nur eine Antwort) nur außerhalb der Wohnung innerhalb u. außerhalb der Wohnung**Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung der freiwilligen Angaben im Fragenkomplex 10**

(personenbezogene Daten nach Artikel 6 Abs. 1a und besondere Kategorien personenbezogener Daten nach Artikel 9 Abs. 1a der Datenschutz-Grundverordnung).

Verantwortliche Behörde:Landkreis Mansfeld-Südharz, Gesundheitsamt - Sitz Eisleben, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
Größlerstraße 2, 06295 Lutherstadt Eisleben

Hiermit willige ich in die Erhebung und Verarbeitung meiner Angaben im Fragenkomplex 10 ein. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann, ohne Nachteile zu erleiden.

.....
Ort, Datum.....
Unterschriften der Eltern