

Name und Vorname/n des Kindes:

Name und Tel.-Nr. der Mutter:

Name und Tel.-Nr. des Vaters:

Geburtsdatum des Kindes (TT.MM.JJJJ):

Wohnadresse des Kindes:

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer

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 deutsch, sondern:
Nationalität des Vaters	deutsch	nicht deutsch, sondern:

Zuständige Grundschule:

1. Schwangerschaft und Geburtsverlauf

Erkrankung der Mutter in der Schwangerschaft <small>(z.B. Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck, (Prä)Eklampsie, Thrombose)</small>	nein	ja
	wenn ja, welche?	
Normalgeburt (Spontangeburt)	Frühgeburt	Kaiserschnitt
Geburtsgewicht:	Geburtskomplikationen: <small>(z.B. Saugglocke, Zangengeburt)</small>	
		Mehrlingsgeburt

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 oder mehrere der folgenden Erkrankungen/ Beeinträchtigungen?

Windpocken	häufige Atemwegserkrankungen (ARE)
Hörstörung	Pseudokrupp
Krampfanfälle (Fieberkrampf, Epilepsie)	Spreiz(hosen)behandlung
wiederholte Mittelohrentzündungen/ -vereiterungen	Erkrankung(en) der Füße
Nieren- / Blasenerkrankung(en)	Erkrankung(en) der Wirbelsäule
Herz-Kreislauf-Erkrankung(en)	
sonstige Erkrankungen (welche?)	

4. Aktuelle (derzeitige) gesundheitliche Besonderheiten

Hat Ihr Kind derzeitig eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen/ Beeinträchtigungen?

Sehstörung (z.B. Brillenträger, Schielen)	Diabetes (Zuckerkrankheit)
gehäuftes Atmen mit offenem Mund	Herz-Kreislauf-Erkrankung(en)
Auffälligkeit(en) im Verhalten	Nieren- / Blasenerkrankung(en)
sonstige Erkrankungen (welche?)	

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

Asthma	chronische Bronchitis
Neurodermitis	Allergie(n) (welche?)

6. Krankenhausaufenthalte und Operationen

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

Genau(e)r Grund/ Gründe für Krankenhausaufenthalt(e) / Operationen:

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)
integrierte Förderung	derzeit	früher (abgeschlossen)

sonstige Therapien:

Kind nimmt zurzeit regelmäßig Medikamente nein ja (welche?)

9. Sonstige gesundheitliche Probleme, die Sie 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, Betreuung und Verhalten des Kindes

Bezugsperson(en):

Anzahl Geschwister (ohne das einzuschulende Kind):

derzeit im Haushalt lebende Kinder INSGESAMT: ... davon sind jünger als das einzuschulende Kind:
(inklusive des einzuschulenden Kindes)

Das Kind lebt ständig ...

bei beiden leiblichen Eltern	bei der Mutter	bei dem 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. Adoptiveltern, Großeltern, Pflegeeltern, Heim)		

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 halbtags ($\leq 5h$), Rest des Tages zuhause	Tagespflege ganztags ($\geq 6h$), Rest des Tages zuhause
KITA und Tagespflege (jeweils etwa halbtags)	

Falls Ihr Kind die KITA besucht: wie alt war es bei Eintritt? ≤ 1 Jahr 2 Jahre 3 Jahre 4 Jahre 5 Jahre

Erwerbstätigkeit Mutter / weibl. Partner:	ja	nein	zurzeit Ausbildung / Studium		
Erwerbstätigkeit Vater / männl. Partner:	ja	nein	zurzeit Ausbildung / Studium		
Schulabschluss Mutter / weibl. Partner:	weniger als 10. Klasse		10. Klasse	mehr als 10. Klasse	
Schulabschluss Vater / männl. Partner:	weniger als 10. Klasse		10. Klasse	mehr als 10. Klasse	

Wird im Haushalt geraucht? nein ja
wenn ja, wo? (bitte nur eine Antwort) nur außerhalb der Wohnung innerhalb und 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:

Burgenlandkreis, Schönburger Str. 41, 06618 Naumburg, Datenschutzbeauftragte Frau Schöbel

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.