

Vorgangsnummer: _____

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. Sauglocke, 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
 Genaue/r Grund/ Gründe für Krankenhausaufenthalt(e) / Operation(en): _____

7. Befindlichkeitsstörungen

- Hat Ihr Kind häufiger
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen? | <input type="checkbox"/> Muskel-, Gelenk- oder Rückenschmerzen? |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen? | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen? |

8. Therapien

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

- | | | |
|---------------------------|----------------------------------|---|
| Sprachtherapie/ Logopädie | <input type="checkbox"/> derzeit | <input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen) |
| Ergotherapie | <input type="checkbox"/> derzeit | <input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen) |
| Physiotherapie | <input type="checkbox"/> derzeit | <input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen) |
| ambulante Frühförderung | <input type="checkbox"/> derzeit | <input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen) |
| integrative Förderung | <input type="checkbox"/> derzeit | <input type="checkbox"/> 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, Betreuung und Verhalten 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)

Wie wird Ihr Kind tagsüber betreut? KITA/Kindergarten Tagesmutter zuhause

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 5J

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 u. außerhalb der Wohnung

Wurden Sie schon mal auf schwieriges Verhalten Ihres Kindes angesprochen (Kita, Arzt, Verwandte)? nein ja

Denken Sie, dass Ihr Kind in der Schule aufgrund seines Verhaltens ernste Probleme haben wird? nein

ja, und zwar aufgrund folgender Eigenschaften: unruhig unkonzentriert aggressiv störend

verträumt ängstlich (nicht nur schüchtern)

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 Wittenberg
Fachdienst Gesundheit
Breitscheidstr. 4
06886 Lutherstadt Wittenberg

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