

Elternfragebogen zur Vorbereitung Der Einschulungsuntersuchung



Sehr geehrte Eltern,
sehr geehrte Sorgeberechtigte,

Die Angaben der Fragen benötigen wir für die Vorbereitung der Einschulungsuntersuchung gemäß § 11 der Schulordnung für öffentliche Grundschulen in Nordrhein-Westfalen.

Die Informationen dienen als Grundlage für die Feststellung des aktuellen Entwicklungsstandes Ihres Kindes.

Damit wir uns während des Termins ganz auf Ihr Kind konzentrieren können, ist es besonders wichtig, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Wir bitten Sie daher alle Fragen zu beantworten. Unklarheiten zu einzelnen Fragen können im Gespräch geklärt werden.

1. Angaben Kind

Name: (Pflicht) _____

Vorname: (Pflicht) _____

Geschlecht weiblich männlich divers

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Geburtsdatum:
(Pflicht) _____

Geburtsland: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Kinderarzt/-ärztin _____

Zukünftige
Grundschule _____

2. Welche Einrichtungen besuchte Ihr Kind bisher?

- Kindergarten: _____
- Tagespflege: _____

Seit wann besucht Ihr Kind diese Einrichtung? ____ Jahre und ____ Monate

3. Sind in den letzten 4 Wochen akute Erkrankungen aufgetreten, die ärztlich behandelt wurden?

Nein

Bronchitis.....

Hals-/Mandelentzündung

Pseudokrapp-Anfall

Mittelohrentzündung.....

Andere.....

Blasen-/Harnwegsentzündung.....

Lungenentzündung

Cerebraler Krampfanfall.....

Fieberkrämpfe

Wenn andere,
welche? _____

4. Nimmt Ihr Kind Medikamente?

Nein

Ja, und zwar folgende:

1. _____

regelmäßig

bei Bedarf

2. _____

regelmäßig

bei Bedarf

3. _____

regelmäßig

bei Bedarf

4. _____

regelmäßig

bei Bedarf

5. Welche Maßnahmen, Vorbefunde oder Diagnosen treffen für Ihr Kind zu?

(bitte ankreuzen – Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sehstörung/Brille | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Hörstörung | <input type="checkbox"/> Herzfehler |
| <input type="checkbox"/> Paukenröhrchen | <input type="checkbox"/> Allergische Rhinitis / Schnupfen |
| <input type="checkbox"/> Allergie | (*3) <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenleiden |
| <input type="checkbox"/> Atopische Dermatitis / Neurodermitis (*1) | <input type="checkbox"/> Motorische Unruhe/ Hyperaktivität |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> Häufige Infekte |
| <input type="checkbox"/> Asthma / Chronische Bronchitis (*2) | <input type="checkbox"/> Sprachauffälligkeiten |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenleiden | <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Einnässen/Einkoten | <input type="checkbox"/> Aggressivität |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Häufige Bauchmerzen |
| <input type="checkbox"/> Polypen/Mandelopoperation | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Andere _____ | |

(*1) Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten einen juckenden Hautausschlag z.B. in den Ellenbeugen oder Kniekehlen, an Hand- oder Fußgelenk, im Gesicht oder am Hals, der wiederholt auftrat?

- Nein Ja

Ist Ihr Kind wegen Neurodermitis (atopisches Ekzem, endogenes Ekzem) in ärztlicher Behandlung?

- Nein Ja

(*2) Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten pfeifende oder keuchende Geräusche beim Atmen?

- Nein Ja

Ist Ihr Kind in den letzten 12 Monaten wegen pfeifender oder keuchender Atmung nachts aufgewacht?

- Nein Ja

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten pfeifende oder keuchende Atemgeräusche während oder nach körperlicher Anstrengung?

- Nein Ja

War ihr Kind durch die Atembeschwerden in den letzten 12 Monaten bei seinen Aktivitäten eingeschränkt?

- gar nicht
 wenig
 mittelstark
 stark

(*3) Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten gleichzeitig mit Niesanfällen eine laufende, verstopfte oder juckende Nase und/oder auch tränende, gerötete, juckende Augen, obwohl es nicht erkältet war?

- Nein Ja

War ihr Kind durch die Atembeschwerden in den letzten 12 Monaten bei seinen Aktivitäten eingeschränkt?

- gar nicht
 wenig
 mittelstark
 stark

Welche Einschränkungen waren das?

Ist Ihr Kind wegen eines allergischen Schnupfens in ärztlicher Behandlung?

- Nein Ja

6. Welche Behandlungen/Maßnahmen hat Ihr Kind bisher bekommen?

- | | | |
|---|------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Sprachtherapie/Logopädie | von: _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie | von: _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | von: _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsberatung | von: _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie | von: _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Behandlung/
IFF (<i>interdisziplinäre Frühförderung</i>) | von: _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum | von: _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | von: _____ | bis: _____ |

7. Vorgeschichte des Kindes

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|---|
| 1. Spontangeburt | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, in Schwangerschaftswoche: ____ |
| 2. Frühgeburt | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, in Schwangerschaftswoche: ____ |
| 3. Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 4. Probleme bei der Geburt | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, welche: _____ |
| 5. Krankenhausbehandlungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, welche: _____ |
| 6. Aufenthalt in Reha oder Kur | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, welche: _____ |

8. Wurde Ihr Kind gestillt?

- Nein Ja Möchte/Kann ich nicht beantworten

8a). Wenn Ihr Kind gestillt wurde, wie lange dauerte die Stillzeit insgesamt?

- Mein Kind war weniger als 3 Wochen alt, als es abgestillt wurde
- Mein Kind war ____ Monate alt, als es abgestillt wurde
- Möchte/Kann ich nicht beantworten

9. Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes

1. Wann konnte Ihr Kind ohne Hilfe laufen? Mit ____ Monaten
2. Wann brauchte Ihr Kind gar keine Windel mehr? Mit ____ Monaten
3. Wann konnte Ihr Kind kleine Sätze sprechen? Mit ____ Monaten
4. Gab es im Alter von 5 Jahren bei Ihrem Kind Sprachauffälligkeiten?
 Nein Ja, welche: _____

10. Bei wem lebt Ihr Kind hauptsächlich?

(bitte nur ein Kreuz)

- leibliche Eltern
- Mutter und ihrem Partner / ihrer Partnerin
- Vater und seinem Partner / seiner Partnerin
- Mutter
- Vater
- Großeltern oder andere Verwandte
- Pflegeeltern / Adoptiveltern
- Heim

15. Angaben zu den Eltern / Sorgeberechtigten

	Sorgeberechtigte Person 1 / Mutter	Sorgeberechtigte Person 2 / Vater
Name		
Vorname		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Straße / Hausnummer		
PLZ Ort		
Geburtsdatum		
Nationalität		
E-Mail-Adresse		
Telefonnummer		

16. Welchen Schulabschluss oder vergleichbaren Schulabschluss haben Sie?

	Sorgeberechtigte Person 1 / Mutter	Sorgeberechtigte Person 2 / Vater
Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allg. Hochschulreife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derzeit noch in der Schul Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?

	Sorgeberechtigte Person 1 / Mutter	Sorgeberechtigte Person 2 / Vater
Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachschule (z.B. Meister- Technischule, Berufs- oder Fachakademie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschule, Ingenieurschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universität, Hochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Ausbildungsabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein beruflicher Abschluss und auch nicht Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende/Auszubildender, Studentin/Student)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Welcher der folgenden Angaben zur Berufstätigkeit trifft auf Sie zu?

	Sorgeberechtigte Person 1 / Mutter	Sorgeberechtigte Person 2 / Vater
Nicht berufstätig (Hausfrau/-man, Schüler*in, Studierende, Rentner*in usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arbeitslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollzeit beschäftigt plus Unterstützung durch Arbeitslosengeld II (Hartz IV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilzeit oder stundenweise beschäftigt plus Unterstützung durch Arbeitslosengeld II (Hartz IV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorübergehende Freistellung (z.B. Elternzeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilzeit oder stundenweise berufstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voll berufstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auszubildende / Auszubildender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Wer hat den Fragebogen beantwortet?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte Person 1 / Mutter | <input type="checkbox"/> Großmutter/Großvater |
| <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte Person 2 / Vater | <input type="checkbox"/> Pflegemutter/Pflegevater |
| <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester des Kindes | <input type="checkbox"/> Nachbarin/Nachbar |
| <input type="checkbox"/> Tante / Onkel | <input type="checkbox"/> Familienhelfer*in |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | |

Vielen Dank
für die Beantwortung aller Fragen.

Wir freuen uns,
Sie und Ihr Kind kennenzulernen.