

Angaben zur kinder- und jugendärztlichen Untersuchung Ihres Kindes**Schulquereinsteiger****Vertraulich! (Nur für den Kinder- und Jugendarzt Ihres Gesundheitsamtes)**

Sämtliche Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum _ _ _ _ _ _ _
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten		Telefon / Handy
Name und Anschrift der Schule		

1. Allgemeine Fragen

Welche Muttersprache spricht Ihr Kind?

2. Rund um die Geburt

Schwangerschaftsverlauf	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> mit Komplikationen	<input type="checkbox"/> unbekannt	Dauer der Schwangerschaft in Wochen	_ _		
Geburtsverlauf	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> mit Komplikationen	<input type="checkbox"/> unbekannt	Geburtsgewicht	_ _ _ _ g	Geburtslänge	_ _ cm

3. Entwicklung des Kindes

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn nein , bitte Ihre Hinweise:		
Liegen gesundheitliche Besonderheiten vor?	<input type="checkbox"/> nein	
ja nämlich:	<input type="checkbox"/> Sprachauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Sehstörungen
	<input type="checkbox"/> häufiges Hinfallen	<input type="checkbox"/> Hörstörungen
	<input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> unbekannt

4. Andere Erkrankungen des Kindes

Wurde jemals durch einen Arzt eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein	
ja nämlich:		
<input type="checkbox"/> Allergischer Schnupfen und/oder Augenentzündung	<input type="checkbox"/> wiederholte Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung
<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Epilepsie (so genannte Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe
<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Hüfterkrankungen
<input type="checkbox"/> Nieren- und Harnwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> ADS/ADHS	<input type="checkbox"/> andere (wenn ja, welche?)
<input type="checkbox"/> Tuberkulose		

5. Fragen zu Unfällen

Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall, der ärztlich behandelt werden musste?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unbekannt
↪ Wenn ja, welche Verletzung?			
Gibt es auf Grund der Verletzung noch Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wenn ja, welche:	

6. Wurde Ihre Kind im Krankenhaus stationär behandelt?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> wegen einer Operation: Wann, welche?	
Wenn ja, wegen: <input type="checkbox"/> eines Unfalls <input type="checkbox"/> einer Krankheit: Wenn ja, welche?			

7. Nahm Ihre Kind in den letzten 12 Monaten regelmäßig Medikamente ein?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja, Name des Medikamentes	
-------------------------------	---	--

Stand: November 2017

Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten