

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 normal mit Komplikationen unbekannt Dauer der Schwangerschaft in Wochen

--	--

Geburtsverlauf normal mit Komplikationen unbekannt Geburtsgewicht

--	--	--	--	--	--

 g Geburtslänge

--	--	--

 cm

3. Entwicklung des Kindes

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? ja nein

Wenn nein, bitte Ihre Hinweise:

Liegen gesundheitliche Besonderheiten vor? nein

ja nämlich: Sprachauffälligkeiten Sehstörungen Hörstörungen
 häufiges Hinfallen andere unbekannt

4. Andere Erkrankungen des Kindes

Wurde jemals durch einen Arzt eine der folgenden Erkrankungen festgestellt? 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? nein ja unbekannt

↪ Wenn ja, welche Verletzung?

Gibt es auf Grund der Verletzung noch Beschwerden? nein wenn ja, welche: _____

6. Wurde Ihre Kind im Krankenhaus stationär behandelt?

nein ja wegen einer Operation: Wann, welche? _____

Wenn ja, wegen: eines Unfalls einer Krankheit: Wenn ja, welche? _____

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

nein Wenn ja, Name des Medikamentes _____

Stand: November 2017

Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten