

# Angaben zur Gesundheitsvorgeschichte

Einschulkind	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Geburtsland	
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)	
zuständige Schule	
Kindergarten (Name, Aufnahme datum)	
KISS-Sprachscreening	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kinder- / Hausarzt	
Weitere Fachärzte	

Vater		Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsland		
Staatsangehörigkeit (ggf. mehrere)		
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.)	siehe Kind <input type="checkbox"/>	siehe Kind <input type="checkbox"/>
Telefon		

Geschwister (Geburtsjahr)	1. .....	2. .....	3. .....
4. .....	5. .....	6. .....	7. .....

## Familienvorgeschichte (Eltern oder Geschwister des Kindes)

Brillen- bzw. Kontaktlinsenträger	<input type="checkbox"/>	Lese-Rechtschreibschwäche	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Rechenschwäche	<input type="checkbox"/>
Chron. Erkrankungen/ bzw. Behinderungen	<input type="checkbox"/> (welche):		

## Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung

Probleme während der Schwangerschaft/Geburt	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche):	Geburtsgewicht: .....
Freies Laufen mit .....Mon.	Besonderheiten der Säuglings- u. Kleinkinderzeit: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche) :	
Erste Worte mit .....Mon.		
Erste Sätze mit .....Mon.		
Tagsüber ohne Windeln mit .....Jahren		
Nachts ohne Windeln mit .....Jahren		

## Erkrankungen / Unfälle (Zutreffendes ankreuzen bzw. beschreiben)

Windpocken: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	Schwere Infektionskrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung):
Andere schwere Erkrankungen:	
Unfälle:	
Krankenhausaufenthalte, Operationen:	
Oft in ärztlicher Behandlung wegen:	
Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Präparat und Dosierung):	

## Fördermaßnahmen und Hilfsmittel

Sehstörung <input type="checkbox"/>	Brille seit:	Schielbehandlung, Sehschule seit:
Hörstörung <input type="checkbox"/>	Hörhilfen:	
Sprachstörung <input type="checkbox"/>	Sprachtherapie von	bis
Andere Fördermaßnahmen / Therapien (welche):		
Psychomotorik von	bis	Ergotherapie von
		bis

## Persönliche Besonderheiten

Bewegungsunruhe	<input type="checkbox"/>	Konzentrationsschwäche	<input type="checkbox"/>	Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	Ungeschicklichkeit	<input type="checkbox"/>
Verzögerte Entwicklung	<input type="checkbox"/>	Einnässen/Einkoten	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:			

## Eingliederungshilfen

Integrationsplatz im Kindergarten	von	bis	Frühförderung	von	bis
			bei		

Interessen, besondere Fähigkeiten, Stärken:	
Sport im Verein:.....	Sonstiges:.....

Ausgefüllt am: ..... von: .....