

Angaben für die Ärztin des Gesundheitsamtes / bitte ausfüllen bzw. ankreuzen

<i>Kind</i>		<i>Mutter</i>		<i>Vater</i>
Name		Name		
Vorname		Vorname		
Geb.Datum	8	Geb.Datum		
Geb.Ort		Beruf		
Kindergartenbesuch?: <input type="checkbox"/> ja, seit: _____ Ort: _____ <input type="checkbox"/> nein		Wohnort, Straße		
Kinderarzt:		Telefon-Nr.:		
Hausarzt:		Familienstand der Eltern des Kindes:		Erziehungsberechtigt:
Krankenkasse:				
Geschwister mit Geburtsjahr und <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> _____ Geschlecht o männlich (m) /o weiblich (w) : <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> _____				

1. Familienanamnese (Krankheiten von Mutter und Vater):

2. Vorgeschichte

2.1 Schwangerschaft: Dauer _____ Besonderheiten/Risiken:

2.2 Geburt:

Geburtsgewicht: _____ g, Geburtsgröße: _____ cm, Kaiserschnitt stark verlängerte Geburt

Besonderheiten / Komplikationen: _____

2.3 Entwicklung:

Freies Sitzen mit _____ Monaten, freies Laufen mit _____ Monaten, Worte mit _____ Monaten, 2-3 Wortsätze mit _____ Jahren

2.4 Auffälligkeiten im 1. Lebensjahr:

2.5 Auffälligkeiten bis zum Kindergarteneintritt:

2.6 Bisherige Erkrankungen: _____

2.7 Krankenhausaufenthalte, Operationen, Unfälle (wann, wo, weshalb):

3. Bisherige Untersuchungen und Maßnahmen:

3.1 Wann und durch wen wurden Auffälligkeiten und Beeinträchtigungen erstmalig bemerkt?

3.2 Bisherige ärztliche, psychologische oder sonstige Untersuchungen (wann und durch wen?)

3.3 Bisherige Therapien und Fördermaßnahmen (wann und durch wen?):

4. Gesundheitsstörungen und Besonderheiten:

4.1 Chronische Erkrankungen und körperliche Beeinträchtigungen:

nein ja. Diagnose:

4.2 Regelmäßige Medikamente:

4.3 Bewegungsfähigkeit, Gleichgewicht und Fingerfertigkeit:

altersgemäß beeinträchtigt weil _____

4.4 Gehör und Sprachverständnis:

altersgemäß beeinträchtigt weil _____

4.5 Sprachliche Äußerungsmöglichkeiten:

altersgemäß beeinträchtigt weil _____

4.6 Sehfähigkeit:

normal beeinträchtigt weil: _____

4.7 Nahrungsaufnahme:

selbstständig mit kleinen Hilfestellungen Füttern erforderlich

4.8 Schlaf:

schläft nachts durch nein ja Mittagsschlaf Schlafdauer _____

4.9 Blasen- und Darmentleerung:

tags und nachts sauber tagsüber sauber gelegentliches Einnässen tagsüber
 gelegentliches Einkoten tagsüber benötigt tagsüber Windeln

4.10 Verhaltensauffälligkeiten:

nicht vorhanden vorhanden, insbesondere in den folgenden Situationen:

4.11 Lieblingsspiel bzw. Lieblingsbeschäftigung:

4.12 Besondere Fähigkeiten und Stärken:

4.13 Sonstiges:
