

	Kind	Sorgeberechtigter I	Sorgeberechtigter II
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort/-land			
Staatsangehörigkeit bei Geburt			
Adresse		Falls abweichend vom Kind!	Falls abweichend vom Kind!
Telefonnummer			

Weitere Angaben zum Kind

Geschwister (Geschlecht und Geburtsdatum)	1. _____, 2. _____, 3. _____, 4. _____, 5. _____, 6. _____
---	---

Angaben zu Kindergarten und Schule:

Kindergarten (Name und Aufnahmedatum)			
Integrationsplatz im Kindergarten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	von _____ bis _____
Frühförderung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	von _____ bis _____
Kiss-Sprachscreening	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Zuständige Schule			

Familienvorgeschichte (Eltern oder Geschwister des Kindes)

Brillen- bzw. Kontaktlinsenträger	<input type="checkbox"/>	Lese-/Rechtschreibschwäche	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Rechenschwäche	<input type="checkbox"/>
Chron. Erkrankungen/ Behinderungen	<input type="checkbox"/>		

Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung

Probleme während der Schwangerschaft/Geburt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (welche)	Geburtsgewicht _____
--	----------------------

Freies Laufen mit <input type="text"/> Monaten, erste Worte mit <input type="text"/> Monaten, erste Sätze mit <input type="text"/> Monaten
Ohne Windel tagsüber mit <input type="text"/> Jahren, nachts mit <input type="text"/> Jahren
Besonderheiten der Säuglings- und Kleinkindzeit nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche):

Erkrankungen/Unfälle

Windpocken: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Unbekannt
Schwere Infektionskrankheiten (z. B. Hirnhautentzündung) oder andere schwere Erkrankungen:
Unfälle:
Krankenhausaufenthalte/Operationen:
Behandelnde Ärzte:
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)	Ergotherapie: von _____ bis _____, Physiotherapie: 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:	

Interessen, besondere Fähigkeiten, Stärken (Was macht Ihr Kind besonders gerne?)

Sport im Verein: _____	Sonstiges: _____
Kann Ihr Kind schwimmen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Hat ihr Kind das Seepferdchen-Abzeichen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

