

**Zur Vorbereitung auf die Schulaufnahmeuntersuchung bitten wir Sie, diese Seite auszufüllen.**

Name, Vorname(n)		Geburtsdatum	
Anschrift			
Name der/des Sorgeberechtigten		Telefon der/des Sorgeberechtigten	
Kindertageseinrichtung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Name/Adresse der Kindertageseinrichtung	

**Angaben zur Gesundheitsvorgeschichte**

**Schwangerschaft und Geburtsverlauf**

Besonderheiten (zum Beispiel Frühgeburt)	Geburtsgewicht	g
	Geburtslänge	cm

**Entwicklung**

Freies Laufen	<input type="checkbox"/> bis 18 Monate	<input type="checkbox"/> später
Erste Worte	<input type="checkbox"/> bis 18 Monate	<input type="checkbox"/> später
Sprachauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Einnässen tagsüber	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Händigkeit	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> wechselnd

**Krankheiten**

Sehstörungen
Hörstörungen/Ohrenerkrankungen
Atopische/allergische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale <input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie (zum Beispiel Nüsse, Eier, Fisch)
Hauterkrankungen
Orthopädische Erkrankungen (zum Beispiel Hüftleiden)
Anfallsleiden
Sonstige Erkrankungen (zum Beispiel Diabetes)
Durchgemachte Erkrankungen <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Masern (mit ärztlicher Bescheinigung)

**Behandlungen und Fördermaßnahmen**

Regelmäßige Medikamenteneinnahme
Operationen
Krankenhausaufenthalte
Heil- und Fördermaßnahmen (zum Beispiel Physio-, Ergo-, Sprachtherapie, Frühförderung, Kita-Integration, heilpädagogische Einrichtung)

**Machen Sie sich über Entwicklungsbesonderheiten oder Verhaltensauffälligkeiten Ihres Kindes Sorgen?**

Kinderarzt/Hausarzt	
Wir/ich bestätige/n die Richtigkeit der obenstehenden Angaben.	
Datum	Unterschrift/en der Eltern bzw. mindestens eines Elternteils/einer sorgeberechtigten Person