

**Elternfragebogen zur Untersuchung durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
des Gesundheitsamtes – Einschulung**

**Anlage 2
zu § 3 Abs. 1 Nr. 2 KJGDV**

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit * gekennzeichnete Angaben sind freiwillige Angaben.

Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum des Kindes — - - - -
---------------------	--------------------	--------------------------------------

Name(n) und Anschrift(en) der/des Personensorgeberechtigten	Telefon/Handy*
---	----------------

Name und Anschrift der Schule, auf die das Kind voraussichtlich gehen wird		
--	--	--

Schwerbehindertenausweis vorhanden?	Ggf. Grad der Behinderung _____	Ggf. Pflegegrad
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5

1. Welche der folgenden Krankheiten wurden bei Ihrem Kind jemals ärztlich diagnostiziert?

Mehrfachnennungen möglich.

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Allergischer Schnupfen/
Augenentzündung | <input type="checkbox"/> Tumor/Krebskrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-
funktionsstörung |
| <input type="checkbox"/> ADS/ADHS | <input type="checkbox"/> Hüfterkrankung | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenleiden | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar
_____ |
| <input type="checkbox"/> Sprachauffälligkeit | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Bewegungsstörung | |
| <input type="checkbox"/> Sehstörung | <input type="checkbox"/> Allergische Hauterkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | |
| <input type="checkbox"/> Hörstörung | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Autismus-Spektrum-Störung
(ASS) | |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler/Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie/-
unverträglichkeit | | |
| <input type="checkbox"/> Nieren- und Harnwegs-
erkrankung | | | <input type="radio"/> Keine |

2. Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

Mehrfachnennungen möglich.

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> COVID-19 | <input type="checkbox"/> Hirn-/Hirnhautentzündung | <input type="checkbox"/> Ringelröteln | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Hand-Fuß-Mund-Krankheit | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar
_____ |
| <input type="checkbox"/> Borreliose | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Rotavirus-Infektion | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="radio"/> Keine |

3. Welche Erkrankungen sind in den vergangenen 12 Monaten bei Ihrem Kind aufgetreten?

Mehrfachnennungen möglich.

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung | <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar
_____ |
| <input type="checkbox"/> Hals-/Mandelentzündung | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung | <input type="checkbox"/> Cerebraler Krampfanfall | |
| <input type="checkbox"/> Pseudokrupp-Anfall | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Infektion | <input type="checkbox"/> Blasen- und
Harnwegsentzündung | |

4. Zeigte Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten folgende Verhaltensauffälligkeiten?

Mehrfachnennungen möglich.

- | | | | |
|--|--|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung | <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit | <input type="checkbox"/> Motorische Unruhe/Hyperaktivität | |
| <input type="checkbox"/> Bettnässen | <input type="checkbox"/> Aggressivität | <input type="checkbox"/> Unüberlegte/riskante Handlungen | |
| <input type="checkbox"/> Einkoten | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | | <input type="radio"/> Keine |

5. Bei welchen Ärztinnen oder Ärzten haben Sie Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten vorgestellt?

Mehrfachnennungen möglich.

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt/Hausarzt | <input type="checkbox"/> Augenarzt | <input type="checkbox"/> Urologe | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar
_____ |
| <input type="checkbox"/> Zahnarzt | <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren-Arzt | <input type="checkbox"/> Chirurg/Orthopäde | |
| <input type="checkbox"/> Kieferorthopäde | <input type="checkbox"/> Hautarzt | <input type="checkbox"/> Kinder- und
Jugendpsychiater | |

Bei keinen

6. Welche Behandlungen oder Unterstützungen hat Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten erhalten?*Mehrfachnennungen möglich.*

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Logopädie | <input type="checkbox"/> Integrationskita | <input type="checkbox"/> Psychologische Behandlung/Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Anderes, und zwar _____ |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> Einzelintegration | | |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie/
Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Sprachförderung in der Kita | <input type="checkbox"/> Psychiatrische
Institutionsambulanz (PIA) | |
| <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum
(SPZ) | <input type="checkbox"/> Frühförder- und Beratungs-
stelle | | |
- Keine**

7. Welche Hilfsmittel nutzt Ihr Kind?*Mehrfachnennungen möglich.*

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sehhilfe (z. B. Brille) | <input type="checkbox"/> Orthese | <input type="checkbox"/> Anderes, und zwar _____ |
| <input type="checkbox"/> Hörhilfe | <input type="checkbox"/> Zahnersatz (Prothese, Platzhalter) | |
- Keine**

8. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

- Ja Namen der Medikamente: _____ Nein

9. Muss Ihr Kind Notfallarzneimittel mit sich führen? Wenn ja, welche?

- Ja Namen der Medikamente: _____ Nein

10. Wurde Ihr Kind jemals ambulant oder in einem Krankenhaus operiert, bzw. ist eine Operation geplant?

- Ja Nein

Wenn ja, welche Operationen wurden durchgeführt, bzw. sind geplant? *Mehrfachnennungen möglich.*

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Paukenröhren | <input type="checkbox"/> Nabelbruch | <input type="checkbox"/> Blutschwamm | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar _____ |
| <input type="checkbox"/> Polypenentfernung | <input type="checkbox"/> Phimose/Vorhautverengung | <input type="checkbox"/> Hodenhochstand | |
| <input type="checkbox"/> Gaumenmandel-
entfernung/-verkleinerung | <input type="checkbox"/> Leistenbruch | | |

11. Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall, der ärztlich behandelt wurde?

- Ja Nein

Wenn ja, welche Verletzung hat sich das Kind bei dem Unfall zugezogen und wo ist der Unfall passiert?Bitte kreuzen Sie in der Tabelle die Verletzung und den Unfallort an. *Mehrfachnennungen möglich.*

	Zu Hause	In der KITA	In der Freizeit	Im Straßenverkehr	Anderer Ort	
Prellung	<input type="checkbox"/>					
Verstauchung/Verrenkung/Ausrenkung	<input type="checkbox"/>					
Knochenbruch	<input type="checkbox"/>					
Offene Wunde	<input type="checkbox"/>					
Gehirnerschütterung	<input type="checkbox"/>					
Verbrühung/Verbrennung/Verätzung	<input type="checkbox"/>					
Vergiftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Andere Verletzung, und zwar:	<input type="checkbox"/>					

12. Sind bzw. waren Sie und Ihr Kind im Netzwerk Gesunde Kinder?

- Ja Nein

Wenn ja, seit wann bzw. wie lange?

- Unter 1 Jahr Über 1 Jahr Über 2 Jahre Über 3 Jahre

13. Wie lange sieht Ihr Kind durchschnittlich pro Tag Fernsehen, Videos, Streamingdienste oder spielt mit der Spielekonsole, dem Smartphone oder anderen elektronischen Geräten?

Bitte unterscheiden Sie dabei zwischen „Montag bis Freitag“ und am „Wochenende“.

	Gar nicht		Weniger als 30 Minuten		30 Minuten bis 1 Stunde		1 bis 2 Stunden		2 bis 3 Stunden		3 Stunden oder mehr		
Montag bis Freitag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wochenende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

14. Wie häufig...

	Im Sommer							
	Etwa jeden Tag		3 bis 5 mal pro Woche		1 bis 2 mal pro Woche			
...spielt Ihr Kind im Freien?	<input type="radio"/>							
...treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?	<input type="radio"/>							
...treibt Ihr Kind Sport außerhalb eines Vereins?	<input type="radio"/>							
	Im Winter							
	Etwa jeden Tag		3 bis 5 mal pro Woche		1 bis 2 mal pro Woche		Etwa 1 bis 2 mal im Monat	Nie
...spielt Ihr Kind im Freien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
...treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
...treibt Ihr Kind Sport außerhalb eines Vereins?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

15. Fortbewegung

	Ja	Nein	
Fährt Ihr Kind <u>selbstständig</u> Laufrad, Roller oder Fahrrad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Geht Ihr Kind zu Fuß, z. B. zur Kita, zum Sport?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

16. Wie lange wurde Ihr Kind ausschließlich gestillt?

- Nie gestillt Weniger als 6 Monate Mehr als 6 Monate Keine Angabe

17. Wie lange besucht/e Ihr Kind bisher insgesamt eine Kindertagespflege und/oder Kindertagesstätte?

- Gar nicht Unter 1 Jahr Über 1 Jahr Über 2 Jahre Über 3 Jahre Über 4 Jahre

18. Wie viele Kinder und Erwachsene leben insgesamt in Ihrem Haushalt?

Anzahl Kinder: 1 Kind 2 Kinder 3 Kinder 4 oder mehr Kinder

Anzahl Erwachsene: _____

19. Bei wem lebt Ihr Kind hauptsächlich? Bitte nur ein Feld ankreuzen.

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Bei den leiblichen Eltern | <input type="radio"/> In stationärer Einrichtung |
| Bei der Mutter... | <input type="radio"/> Bei Pflegeeltern |
| <input type="radio"/> ... mit Partner*in | <input type="radio"/> Bei anderen Familienmitgliedern/Verwandten |
| <input type="radio"/> ...alleinerziehend | <input type="radio"/> Bei anderen Personen und zwar: _____ |
| <input type="radio"/> Im Wechselmodell | |

20. In welchem Land wurden Sie, Ihr/e Partner/in und Ihr Kind geboren?

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

Geburtsland

- | | | |
|----------------|-----------------------------------|--|
| ...des Kindes: | <input type="radio"/> Deutschland | <input type="radio"/> Anderes Land und zwar: _____ |
| ...der Mutter: | <input type="radio"/> Deutschland | <input type="radio"/> Anderes Land und zwar: _____ |
| ...des Vaters: | <input type="radio"/> Deutschland | <input type="radio"/> Anderes Land und zwar: _____ |

21. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie, Ihr/e Partner/in und Ihr Kind?

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein. Mehrfachnennungen möglich.

- | | | |
|----------------|----------------------------------|---|
| ...des Kindes: | <input type="checkbox"/> Deutsch | <input type="checkbox"/> Andere und zwar: _____ |
| ...der Mutter: | <input type="checkbox"/> Deutsch | <input type="checkbox"/> Andere und zwar: _____ |
| ...des Vaters: | <input type="checkbox"/> Deutsch | <input type="checkbox"/> Andere und zwar: _____ |

22. Welche Sprache oder Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? Mehrfachnennungen möglich.

- Deutsch Andere und zwar: _____

23. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie und Ihr/e Partner/in?

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

	Mutter	Vater
Kein Abschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Förderschulabschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hauptschulabschluss, Berufsbildungsreife	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erweiterte Berufsbildungsreife (EBR), Fachoberschulreife (FOR)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realschulabschluss, MSA, 10. Klasse-Abschluss, mittlere Reife	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abitur, Fachhochschulreife, Fachabitur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung? Wenn ja, welche? Bitte nennen Sie den höchsten Abschluss für beide Elternteile.

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

	Mutter	Vater
Ohne Berufsausbildung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In Ausbildung/Studium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abgeschlossene Berufsausbildung/Fachschulabschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(Fach-) Hochschulabschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Inwieweit sind Sie und Ihr/e Partner/in erwerbstätig?

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

Unter "nicht erwerbstätig" werden Personen verstanden, die weniger als eine Stunde pro Woche erwerbstätig sind.

	Mutter	Vater
Vollzeitbeschäftigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teilzeitbeschäftigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nicht erwerbstätig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Möchten Sie uns noch etwas zur Entwicklung Ihres Kindes mitteilen?

Hiermit bestätige ich, dass ich die Informationen für die Datenverarbeitung erhalten habe.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

Sofern nur ein Berechtigter unterschreibt, versichert dieser zugleich mit Vollmacht und Zustimmung des anderen die Angaben getätig zu haben. Gleches gilt für im Haushalt lebende Partner.