

Elternfragebogen zur Schuleingangsuntersuchung

Die Angaben der Fragen 1-12 benötigt der Schularzt / die Schulärztin für die schulärztlich/medizinische Beurteilung gemäß § 11 der Schulordnung für öffentliche Grundschulen in Rheinland-Pfalz. Die Informationen dienen als Grundlage für das gemeinsame Gespräch und für die Feststellung des aktuellen Entwicklungsstandes des Kindes. Die Beantwortung dieser Fragen wird auf jeden Fall erbeten. Unklarheiten zu einzelnen Fragen können im Gespräch geklärt werden.



Rheinland-Pfalz
MINISTERIUM FÜR SOZIALES,
ARBEIT, GESUNDHEIT
UND DEMOGRAPHIE

1. Angaben zur Familie

Ausgefüllt am:
Tag Monat Jahr

	Kind	Mutter	Vater
Name			
Vorname			
Adresse			
Geschlecht	männlich... ☐ weiblich... ☐		
Geburtsdatum	 Tag Monat Jahr	Geburtsland des Kindes	

2. Welche Einrichtungen besuchte Ihr Kind bisher? (Mehrfachnennungen möglich)

Krippe..... ☐ Kindergarten/-tagesstätte ☐ Förderkindergarten ☐
Tagespflege ☐ Integrative Kindertagesstätte... ☐ Keine Einrichtung ☐

Das Kind besucht seit ____ Jahren und ____ Monaten die derzeitige Einrichtung.

Alter des Kindes zu Beginn der ersten Betreuung außerhalb der Familie: ____ Jahre ____ Monate.

3. Welche Infektionskrankheiten hatte Ihr Kind bereits?

Windpocken ☐ Mumps ☐ Salmonellen ☐
Scharlach ☐ Röteln ☐ Borreliose ☐
Ringelröteln..... ☐ Keuchhusten ☐ Hirn-/Hirnhautentzündung .. ☐
Masern ☐ Hepatitis B ☐ Rotaviren ☐
Andere ☐ Wenn andere, welche? _____ Keine ... ☐

4. Welche akuten Erkrankungen sind in den letzten 12 Monaten aufgetreten?

Bronchitis ☐ Blasen-/Harnwegsentzündung ... ☐ Pseudokrampf-Anfall ☐
Hals-/Mandelentzündung ☐ Lungenentzündung..... ☐ Cerebraler Krampfanfall ☐
Mittelohrentzündung ☐ Fieberkrämpfe..... ☐ Häufige Infekte ☐
Magen-Darm-Infektion ☐
Andere ☐ Wenn andere, welche? _____ Keine ... ☐

5. Hatte Ihr Kind jemals folgende von einem Arzt diagnostizierte Beeinträchtigungen?

Bitte bringen Sie ggf. aussagefähige Unterlagen mit!

Allergien ☐ Polypen (Adenoide) ☐ Krampfanfälle (Epilepsie) ... ☐
Neurodermitis ☐ Wirbelsäulenleiden ☐ Tumor-/Krebserkrankung ... ☐
Chronische Bronchitis ☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Rheuma ☐
Asthma bronchiale ☐ Herzfehler/Herzkrankung ☐ Autismus..... ☐
Heuschnupfen ☐ Diabetes mellitus ☐ Angeborene Beeinträchtigung ☐
Nahrungsmittelallergie ☐ Chron. Harnwegsinfekte ☐ Körperliche Beeinträchtigung ☐
Allergische Hautausschläge ... ☐ Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom. ☐ Geistige Beeinträchtigung.... ☐
Andere ☐ Wenn andere, welche? _____ Keine ... ☐

6. Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten folgende Symptome oder Beeinträchtigungen?

- | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--|------------------------------------|
| Sehbeeinträchtigung..... | ☐ | Wurmerkrankungen | ☐ | Nahrungsmittelunverträglichkeit | ☐ |
| Hörbeeinträchtigung..... | ☐ | Übergewicht | ☐ | Motorische Unruhe/Hyperaktivität.... | ☐ |
| Sprachauffälligkeiten | ☐ | Untergewicht | ☐ | Aggressivität | ☐ |
| Entwicklungsverzögerung .. | ☐ | Häufige Kopfschmerzen ... | ☐ | Einschlaf-/Durchschlafstörung | ☐ |
| Konzentrationsstörung | ☐ | Häufige Bauchschmerzen .. | ☐ | Häufiges Schnarchen (ohne Infekte) ... | ☐ |
| Bettnässen | ☐ | Häufige Beinschmerzen ... | ☐ | Mundatmung/behinderte Nasenatmung | ☐ |
| Einkoten | ☐ | Ängstlichkeit | ☐ | Ausgeprägte Tagesmüdigkeit..... | ☐ |
| Andere | ☐ | Wenn andere, welche? | | | Keine ... ☐ |

7. Bei welchen Ärzten oder Therapeuten war Ihr Kind in den letzten 12 Monaten?

- | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Kinderarzt | ☐ | Augenarzt | ☐ | Heilpraktiker..... | ☐ |
| Hausarzt | ☐ | HNO-Arzt | ☐ | Kinder- und Jugendpsychiater | ☐ |
| Zahnarzt | ☐ | Hautarzt | ☐ | Psychologe | ☐ |
| Kieferorthopäde | ☐ | Urologe | ☐ | Chirurg/Orthopäde | ☐ |
| Bei Anderen | ☐ | Bei welchen? | | | Keine ... ☐ |

8. Wurden bei Ihrem Kind jemals folgende Untersuchungen oder Behandlungen durchgeführt?

Genauere Angaben (z.B. Ambulante Operationen: Polypen)

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| Entwicklungsdiagnostik | ☐ | _____ |
| Reha- oder Kuraufenthalt..... | ☐ | _____ |
| Allergietest | ☐ | _____ |
| Ambulante Operation | ☐ | _____ |
| Stationäre Krankenhausbehandlung | ☐ | _____ |
| Keine Untersuchungen/Behandlungen | ☐ | |

9. Welche Behandlungen oder Unterstützungen hat Ihr Kind bislang erhalten?

- | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Sprachtherapie/Logopädie | ☐ | Frühförderung | ☐ | Heilpädagogische Behandlung | ☐ |
| Ergotherapie | ☐ | Sprachförderung in KiTa | ☐ | Psychotherapie | ☐ |
| Krankengymnastik | ☐ | Integrationshilfe | ☐ | Familienhilfe..... | ☐ |
| Kieferorthop. Behandlung ... | ☐ | Erziehungsberatung..... | ☐ | Psychologische Beratung..... | ☐ |
| Andere | ☐ | Wenn andere, welche? | | | Keine ... ☐ |

10. Hatte Ihr Kind jemals Unfälle oder Vergiftungen, die ärztliche Behandlung erforderten?

- | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Unfall zu Hause..... | ☐ | Unfall im Strassenverkehr | ☐ | Vergiftung | ☐ |
| Unfall in KiTa/Schule/Verein | ☐ | Unfall an einem sonstigen Ort.... | ☐ | Keine | ☐ |

11. Nahm Ihr Kind im letzten Jahr Arzneimittel ein?Nein ... ☐ Ja... ☐

- | Wenn ja, wegen | Regelmäßig | Bei Bedarf | Name des Medikamentes |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Allergien | ☐ | ☐ | _____ |
| Asthma | ☐ | ☐ | _____ |
| Epilepsie (Krampfanfälle) | ☐ | ☐ | _____ |
| Hyperaktivität | ☐ | ☐ | _____ |
| anderer Leiden | ☐ | ☐ | _____ |

12. Möchten Sie uns noch etwas über Ihr Kind mitteilen?

Die Beantwortung der Fragen 13-22 ist freiwillig!

Diese Fragen dienen vorrangig der Gesundheitsberichterstattung. Sowohl die Schuleingangsuntersuchung als auch spätere Untersuchungen oder Stellungnahmen sind davon unabhängig. Sie können im Zweifelsfall auch einzelne Fragen unbeantwortet lassen. Ihnen oder Ihrem Kind entstehen daraus selbstverständlich keine Nachteile.

13. Wie lange wurde Ihr Kind gestillt?

- a. Nicht gestillt.....☐ Weniger als 1 Monat☐ 1 - 3 Monate☐
 4 - 6 Monate☐ Mehr als 6 Monate☐ Unbekannt☐
- b. Es wurde bis zum ten Lebensmonat ausschließlich gestillt. Unbekannt☐

14. Bei wem lebt das Kind hauptsächlich? (Hier bitte nur ein Kreuz machen)

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Bei den leiblichen Eltern | ☐ | Im Heim | ☐ |
| Bei der Mutter mit Partner/in | ☐ | Bei Pflegeeltern/Adoptiveltern | ☐ |
| Bei der Mutter alleinerziehend | ☐ | Bei anderen Familienmitgliedern | ☐ |
| Bei dem Vater mit Partner/in | ☐ | Bei anderen Personen..... | ☐ |
| Bei dem Vater alleinerziehend..... | ☐ | | |

15. Wie viele Kinder leben insgesamt in Ihrem Haushalt? (einschließlich des einzuschulenden Kindes)

- 1 Kind...☐ 2 Kinder...☐ 3 Kinder...☐ 4 Kinder...☐ Mehr als 4 Kinder...☐, wie viele? _____

16. Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Deutsch...☐ Andere Sprachen ... ☐ Welche? _____

17. In welchem Land sind Sie geboren? (Bitte für beide Elternteile angeben)

- Mutter ..In Deutschland ...☐ In einem anderen Land ...☐ In welchem? _____
 VaterIn Deutschland ...☐ In einem anderen Land ...☐ In welchem? _____

18. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? (Bitte für das Kind und beide Elternteile angeben)

- | | | | |
|-------------|------------------------------------|--|---------------|
| Kind | Deutsch.. ☐ | Andere/weitere Staatsangehörigkeit .. ☐ | Welche? _____ |
| Mutter ... | Deutsch.. ☐ | Andere/weitere Staatsangehörigkeit .. ☐ | Welche? _____ |
| Vater | Deutsch.. ☐ | Andere/weitere Staatsangehörigkeit .. ☐ | Welche? _____ |

19. Wird in Ihrem Haushalt geraucht?

- Nie...☐ Gelegentlich...☐ Häufig...☐

20. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie? (Bitte für beide Elternteile angeben!)

- | | Mutter/
Sorgeberechtigte | Vater/
Sorgeberechtigter |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss | ☐ | ☐ |
| Realschulabschluss (Mittlere Reife) | ☐ | ☐ |
| Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)..... | ☐ | ☐ |
| Allgemeine Hochschulreife (Abitur)..... | ☐ | ☐ |
| Anderer Schulabschluss | ☐ | ☐ |
| (Noch) in schulischer Ausbildung (Schüler) | ☐ | ☐ |
| Schule beendet ohne Schulabschluss | ☐ | ☐ |

21. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung? Wenn ja, welche?
(Nennen Sie bitte nur den höchsten Abschluss. Bitte für beide Elternteile angeben!)

	Mutter/ Sorgeberechtigte	Vater/ Sorgeberechtigter
Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)	☐	☐
Berufsschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung)	☐	☐
Fachschule (z. B. Meister-Techniker-Schule, Berufs- oder Fachakademie)	☐	☐
Fachhochschule, Ingenieurschule	☐	☐
Universität, Hochschule	☐	☐
Anderer Ausbildungsabschluss	☐	☐
Noch in beruflicher Ausbildung	☐	☐
Kein Abschluss	☐	☐

22. Wer hat den Fragebogen beantwortet?

Mutter/Sorgeberechtigte... ☐	Großmutter ... ☐	Pflegemutter... ☐	Geschwister des Kindes ... ☐
Vater/Sorgeberechtigter ... ☐	Großvater..... ☐	Pflegevater..... ☐	Andere Person..... ☐