

Familienname des Kindes		Vorname		geboren am	Staatsangehörigkeit	Anzahl weiterer Geschwister
Muttersprache (Mutter)		Muttersprache (Vater)		Anzahl Erwachsene im Haushalt	Krippen-/KITA/Kindergartenbesuch Dauer in Jahren <input type="text"/>	
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten						
Name(n).....Vorname(n).....PLZ, Ort.....						
Straße.....Tel.-Nr.....						
Schwangerschaft und Geburtsverlauf (Angaben im gelben Heft)						
Geburtsgewicht: _ _ _ _ Grammm Vollendete Schwangerschaftswochen: _ _ SSW <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt						
Entwicklung						
Wurden bei Ihrem Kind <u>jemals</u> Entwicklungsverzögerungen festgestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
Sprachauffälligkeiten in der Entwicklung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				Freies Laufen bis 18 Monate <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Erste Worte (wie Mama, Papa, Auto) bis 18 Monate <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				Kind wächst mehrsprachig auf <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Kontakt mit der deutschen Sprache <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> nicht seit Geburt						
Wenn nicht seit Geburt Kontakt mit der deutschen Sprache, ab welchem Alter? _ _ Jahre _ _ _ Monate						
Ist Ihr Kind <input type="checkbox"/> Rechtshänder <input type="checkbox"/> Linkshänder <input type="checkbox"/> noch unentschieden						
Liegt oder lag bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen oder gesundheitl. Einschränkungen vor?						
Sehstörungen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Schielbehandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Brillenträger <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja						
Schwere Hörstörung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja						
Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen:						
<input type="checkbox"/> angeborene, schwere Hörstörung		<input type="checkbox"/> links		<input type="checkbox"/> rechts		
<input type="checkbox"/> erworbene, bleibende Hörstörung		<input type="checkbox"/> links		<input type="checkbox"/> rechts		
<input type="checkbox"/> mit Hörgerät versorgt seit		linksMonat/Jahr		rechtsMonat/Jahr		
<input type="checkbox"/> mit Cochlea-Implantat versorgt seit		linksMonat/Jahr		rechtsMonat/Jahr		
Angeborene Stoffwechsel-/Hormonstörungen (nur ärztl. diagnostizierte) : <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?):						
<input type="checkbox"/> MCAD-Mangel <input type="checkbox"/> Hypothyreose <input type="checkbox"/> PKU <input type="checkbox"/> AGS <input type="checkbox"/> Mukoviszidose <input type="checkbox"/> Diab. mell. Typ I <input type="checkbox"/> Diab. mell. Typ II						
Sonstige chronische Erkrankungen: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?):						
Schwere Behinderung: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?):						
Regelmäßig einzunehmende Medikamente: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?):						
Sind Ihnen Erkrankungen Ihres Kindes bekannt, die bestimmte Vorgehensweisen in Notfallsituationen erfordern (z.B. Allergien, Epilepsie, u.a.)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja						
Wenn ja, welche?						
Hat Ihr Kind jemals Fördermaßnahmen oder Behandlungen erhalten?						
Teilnahme am Vorkurs Deutsch <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja						
Sprachtherapie (Logopädie) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch <input type="checkbox"/> geplant						
Frühförderung/Heilpädagogik/Ergotherapie <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch <input type="checkbox"/> geplant						
Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch <input type="checkbox"/> geplant						
Kinderarzt/Hausarzt:						