

Angaben zur Gesundheitsvorgeschichte

Einschulkind	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)	
zuständige Schule	
Kindergarten (Name, Aufnahmedatum)	
Kinder-/Hausarzt	
Weitere Fachärzte	

Vater		Mutter	
Name, Vorname			
Geburtsjahr			
Herkunftsland			
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)	siehe Kind <input type="checkbox"/>	siehe Kind <input type="checkbox"/>	
Telefon			

Geschwister (Geburtsjahr)	1.	2.	3.
4.	5.	6.	7.

Familienvorgeschichte (Eltern oder Geschwister des Kindes)

Brillen-bzw. Kontaktlinsenträger <input type="checkbox"/>	Lese-Rechtschreibschwäche <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/>	Rechenschwäche <input type="checkbox"/>
Chron. Erkrankungen/ bzw. Behinderungen <input type="checkbox"/> (welche):	

Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung

Probleme während der Schwangerschaft/Geburt	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche):	Geburtsgewicht:g
Freies Laufen mitMon.	Besonderheiten der Säuglings- u. Kleinkinderzeit: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche) :	
Erste Worte mitMon.		
Erste Sätze mitMon.		
Tagsüber ohne Windeln mitJahren		
Nachts ohne Windeln mitJahren		

Überstandene Erkrankungen / Unfälle (Zutreffendes ankreuzen bzw. beschreiben)

Windpocken <input type="checkbox"/>	Schwere Infektionskrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung):
Andere schwere Erkrankungen:	
Unfälle:	
Krankenhausaufenthalte, Operationen:	

Derzeitige Gesundheitsstörungen

Oft in ärztlicher Behandlung wegen:	
Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Präparat und Dosierung):	
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):	
Psychomotorik von bis	Ergotherapie 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: <input type="checkbox"/>	

Eingliederungshilfen

Integrationsplatz im Kindergarten von bis	Frühförderung von bei bis
---	---------------------------

Interessen, besondere Fähigkeiten, Stärken:	
Sport im Verein:.....	Sonstiges:.....