

Name und Vorname/n des Kindes: .....

Name und Tel.-Nr. der Mutter: .....

Name und Tel.-Nr. des Vaters: .....

Geburtsdatum des Kindes:

Wohnadresse des Kindes: PLZ       Ort: .....

Straße, Hausnr.: .....

Geburtsland des Kindes  Deutschland  nicht Deutschland, sondern: .....

Geburtsland der Mutter  Deutschland  nicht Deutschland, sondern: .....

Geburtsland des Vaters  Deutschland  nicht Deutschland, sondern: .....

Nationalität der Mutter  deutsch  nicht Deutschland, sondern: .....

Nationalität des Vaters  deutsch  nicht Deutschland, sondern: .....

Zuständige Grundschule: .....

**1. Schwangerschaft und Geburtsverlauf**

Erkrankung der Mutter in der Schwangerschaft (z. B. Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck, (Prä)Eklampsie, Thrombose)

nein  ja wenn ja, welche? .....

Normalgeburt (Spontangeburt)  Frühgeburt  Kaiserschnitt

weitere Geburtskomplikationen (z.B. Saugglocke, Zangengeburt)  Mehrlingsgeburt Geburtsgewicht     g

**2. Entwicklung des Kindes**

Allein Laufen gelernt  bis zum 15. Monat  später

Sprechen gelernt (mind. 2-Wort-Sätze, ca. 50 Wörter)  bis zum 2. Geburtstag  später

Tags und nachts sauber  bis zum 4. Geburtstag  später

**3. Frühere Erkrankungen**

Hatte Ihr Kind in der Vergangenheit eine/ mehrere der folgenden Erkrankungen/ Beeinträchtigungen?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Windpocken  | <input type="checkbox"/> häufige Atemwegserkrankungen (ARE) |
| <input type="checkbox"/> Hörstörung  | <input type="checkbox"/> Pseudokrapp                        |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle (Fieberkrampf, Epilepsie)               | <input type="checkbox"/> Spreiz(hosen)behandlung            |
| <input type="checkbox"/> wiederholte Mittelohrentzündung(en)/ -vereiterung(en) | <input type="checkbox"/> Erkrankung(en) der Füße            |
| <input type="checkbox"/> Nieren- / Blasenerkrankung(en)                        | <input type="checkbox"/> Erkrankung(en) der Wirbelsäule     |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung(en)                         |   |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankung(en) / welche? .....               |   |

**4. Aktuelle (derzeitige) gesundheitliche Besonderheiten**

Hat Ihr Kind derzeit eine/ mehrere der folgenden Erkrankungen/ Beeinträchtigungen?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sehstörung (z.B. Brillenträger, Schielen) | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)    |
| <input type="checkbox"/> gehäuftes Atmen mit offenem Mund          | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung(en) |
| <input type="checkbox"/> Auffälligkeit(en) im Verhalten            | <input type="checkbox"/> Nieren-/ Blasenerkrankung(en) |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankung(en) / welche? .....   |  |

**5. Hat ein(e) Ärztin/Arzt jemals eine der folgenden Krankheiten festgestellt?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma        | <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis       |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Allergie(n) / welche? ..... |

**6. Krankenhausaufenthalte und Operationen**

Lag Ihr Kind jemals im Krankenhaus?  nein  ja, und zwar insgesamt   mal  
 wegen:  akuter Erkrankung  chronischer Krankheit  Unfall  stationäre Operation(en)  sonst.

Wurde Ihr Kind jemals ambulant operiert?  nein  ja

Gründe Krankenhausaufenthalt(e)/ Operation(en): .....

- 7. Befindlichkeitsstörungen**  Kopfschmerzen?  Muskel-, Gelenk- oder Rückenschmerzen?  
 Hat Ihr Kind häufiger:  Bauchschmerzen?  Schlafstörungen?

**8. Therapien**

**Wird oder wurde bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Therapien durchgeführt?**

- |                           |                                  |   |
|---------------------------|----------------------------------|---|
| Sprachtherapie/ Logopädie | <input type="checkbox"/> derzeit | <input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen) |
| Ergotherapie              | <input type="checkbox"/> derzeit | <input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen) |
| Physiotherapie            | <input type="checkbox"/> derzeit | <input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen) |
| ambulante Frühförderung   | <input type="checkbox"/> derzeit | <input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen) |
| integrative Förderung     | <input type="checkbox"/> derzeit | <input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen) |

sonstige Therapien: .....

Kind nimmt zurzeit regelmäßig Medikamente  nein  ja / welche? .....

**9. Sonstige gesundheitliche Probleme, die Sie gern im Hinblick auf die Einschulung Ihres Kindes**

**besprechen möchten** .....

Die folgenden Angaben sind freiwillig. Sie sollen helfen, die (eventuelle) Notwendigkeit von Therapien und/oder Fördermaßnahmen für Ihr Kind besser einzuschätzen und mit Ihnen besprechen zu können und werden in anonymisierter Form (ohne Namen und Adresse) für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) verwendet. Deshalb bitten wir Sie, auch die nachfolgenden Fragen zu beantworten und die untenstehende Einwilligung zu unterschreiben.

**10. Familiäres Umfeld und Betreuung des Kindes**

Bezugsperson(en):

das Kind lebt ständig ....

- bei beiden leiblichen Eltern
- bei der leibl. Mutter (alleinerziehend)
- beim leibl. Vater (alleinerziehend)
- bei der leibl. Mutter mit Lebenspartner\*in
- beim leibl. Vater mit Lebenspartner\*in
- wechselnd zu etwa gleichen Teilen bei leibl. Mutter bzw. leibl. Vater (mit oder ohne Lebenspartner\*in)
- bei getrennt- oder gleichgeschlechtlichen Adoptiveltern
- bei anderen Bezugspersonen (z.B. Groß-, Pflegeeltern, Heim)

Geschwister ( <u>ohne</u> das einzuschul. Kind)	keine	<input type="checkbox"/>	Anzahl	<input type="text"/>	<input type="text"/>
derzeit im Haushalt lebende Kinder INSGESAMT			Anzahl	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(inklusive des einzuschulenden Kindes)					
... davon jünger als das einzuschulende Kind			Anzahl	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wie wird Ihr Kind derzeit tagsüber betreut?

- nur zuhause (Hauskind)
- KITA halbtags (<=5h), Rest des Tages zuhause
- KITA ganztags (>=6h), Rest des Tages zuhause
- Tagespflege halbt. (<5h), Rest des Tages zuhause
- Tagespflege ganzt. (>=6h), Rest des Tages zuhause
- KITA und Tagespflege (jeweils etwa halbtags)

Falls Ihr Kind die KITA besucht: wie alt war es bei Eintritt?  <=1J  2J  3J  4J  5J

Erwerbstätigkeit Ehe-/Lebenspartner\*in 1:  ja  nein  zurzeit Ausbildung/ Studium

Erwerbstätigkeit Ehe-/Lebenspartner\*in 2:  ja  nein  zurzeit Ausbildung/ Studium

Schulabschluss Ehe-/Lebenspartner\*in 1:  weniger als 10. Klasse  10. Klasse  mehr als 10. Klasse

Schulabschluss Ehe-/Lebenspartner\*in 2:  weniger als 10. Klasse  10. Klasse  mehr als 10. Klasse

Wird im Haushalt geraucht?  nein  ja

wenn ja, wo ..(bitte nur eine Antwort)  nur außerhalb der Wohnung  innerhalb u. außerhalb der Wohnung

**Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung der freiwilligen Angaben im Fragenkomplex 10**

(personenbezogene Daten nach Artikel 6 Abs. 1a und besondere Kategorien personenbezogener Daten nach Artikel 9 Abs. 1a der Datenschutz-Grundverordnung).

**Verantwortliche Behörde:**

Stadt Halle (Saale), Fachbereich Gesundheit , Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit Niemeyerstraße 1, 06110 Halle

Hiermit willige ich in die Erhebung und Verarbeitung meiner Angaben im Fragenkomplex 10 ein. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann, ohne Nachteile zu erleiden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschriften der Eltern