Angaben für den Schularzt
Bitte deutlich in Druckschrift ausfüllen!

Name, Vorname der Mutter/Sorgeberechtigten	Telefon-Nr. (freiwillige Angabe
Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	

Name, Vorname des Vaters/Sorgeberechtigten	Telefon-Nr. (freiwillige Angabe
Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	

Fragebogen zur Einschulungsuntersuchung fü

1. Betreuung des Kindes im Kindergarten

☐ nein ☐ ja | Von: (Monat) _____/(Jahr) _____ / bis: (Monat) _____/ (Jahr) _____

Geschwister des Kindes

Geburtsjahr 1. Geschwisterkind	Geburtsjahr 2. Geschwisterkind	Geburtsjahr 3. Geschwisterkind	Geburtsjahr 4. Geschwisterkind
Geburtsjahr 5. Geschwisterkind	Geburtsjahr 6. Geschwisterkind	Geburtsjahr 7. Geschwisterkind	Geburtsjahr 8. Geschwisterkind

2. Entwicklung des Kindes

Sitzen mit _____ Monaten	Frei laufen mit _____ Monaten	Worte sprechen mit _____ Monaten
Zwei-Wort-Sätze sprechen mit _____ Monaten	tags und nachts sauber mit _____ Monaten	

Besonderheiten

durchgeführte Maßnahmen zur Entwicklungsförderung/Frühförderung

☐ keine	☐ Physiotherapie	☐ Ergotherapie	☐ Logopädie
☐ Heilpädagogik	☐ Motopädie	☐ Psychotherapie	☐ Psychologische Beratung

genutzte Institutionen zur Entwicklungsförderung

☐ keine	☐ Interdisziplinäre Frühförderstelle (FF)	☐ Heilpädagogische Beratungsstelle	☐ Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
☐ Erziehungsberatungsstelle	☐ Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (KJÄD) Gesundheitsamt	☐ Integrativer Kindergarten	☐

3. Gesundheitsstörungen in der Familie des Kindes (bei Großeltern/Eltern/Geschwistern)

☐ keine	☐ Schwerhörigkeit	☐ Brillenträger	☐ Epilepsie	☐ Bluthochdruck
☐ Asthma bronchiale	☐ Ekzeme	☐ Allergien	☐ Diabetes melitus	☐ psychische Krankheiten
☐ Krebserkrankungen, welche?			☐	

4. Schwangerschaft und Geburtsverlauf

Geburtsgewicht	g	Geburtsgröße	cm

☐ Normalgeburt	☐ Frühgeburt	☐ Steißlage	☐ Zange	☐ Saugglocke	☐ Kaiserschnitt
☐ Mehrlingsgeburt	☐ Gelbsucht	☐ körperliche Fehlbildung		☐ Blutaustausch	