

## Elternfragebogen

Die Angaben der Fragen 1-10 benötigt der Schularzt/die Schulärztin für die schulärztlich/medizinische Beurteilung gemäß §2 Abs. 2 und 3 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.

### 1. Angaben zum Kind:

Mutter

Vater

Name		
Vorname		
Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		
Geburtsort/-land		
Adresse		

### 2. Ihr Kind besucht zurzeit

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kindergarten/Kindertagesstätte<br>seit _____Jahren | <input type="checkbox"/> Schulkindergarten<br><input type="checkbox"/> Förderkindergarten | <input type="checkbox"/> Tagespflege<br><input type="checkbox"/> keine Einrichtung |
|---|---|--|

### 3. Welche Infektionskrankheiten hatte Ihr Kind bereits?

- |                                       |                                 |                                      |                                       |   |
|---------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Windpocken   | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Salmonellen  | <input type="checkbox"/> Hirn/Hirnhautentzdg  |
| <input type="checkbox"/> Scharlach    | <input type="checkbox"/> Mumps  | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Borreliose   | <input type="checkbox"/> Pfeiff. Drüsenfieber |
| <input type="checkbox"/> Ringelröteln | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> andere _____ |   |
| <input type="checkbox"/> keine        |                                 |                                      |                                       |   |

### 4. Sind in den letzten 12 Monaten andere akute Erkrankungen aufgetreten?-z.B.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bronchitis              | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung          | <input type="checkbox"/> Pseudokrapp Anfall      |
| <input type="checkbox"/> Hals-/ Mandelentzündung | <input type="checkbox"/> Blasen-/Harnwegsentzündg. | <input type="checkbox"/> Cerebraler Krampfanfall |
| <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung     | <input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe             | <input type="checkbox"/> andere _____            |
| <input type="checkbox"/> keine                   |  |  |

### 5. Wurden bei Ihrem Kind jemals chronische Erkrankungen oder sonstige Auffälligkeiten

festgestellt? Bitte bringen Sie ggf. aussagefähige Unterlagen mit

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien             | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenleiden     | <input type="checkbox"/> Sprachauffälligkeiten         |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis         | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom |
| <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> Herzfehler             | <input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögerung       |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale     | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus      | <input type="checkbox"/> Cerebrales Anfallsleiden      |
| <input type="checkbox"/> Sehschwäche           | <input type="checkbox"/> chron. Harnwegsinfekte | <input type="checkbox"/> andere _____                  |
| <input type="checkbox"/> Hörschwäche           | <input type="checkbox"/> Einnässen od. Einkoten |  |
| <input type="checkbox"/> keine                 |   |  |

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

- |                                     |                                    |   |  |
|-------------------------------------|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt | <input type="checkbox"/> Augenarzt | <input type="checkbox"/> Chirug/Orthopäde | <input type="checkbox"/> Kinder- u. Jugendpsychiater |
| <input type="checkbox"/> Hausarzt   | <input type="checkbox"/> HNO-Arzt  | <input type="checkbox"/> Urologe          | <input type="checkbox"/> Psychologe                  |
| <input type="checkbox"/> Zahnarzt   | <input type="checkbox"/> Hautarzt  | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker    | <input type="checkbox"/> andere _____                |
| <input type="checkbox"/> keine      |                                    |   |  |

### 7. Wurde jemals eine Entwicklungsdiagnostik durchgeführt? (z.B. REHA, Lebenshilfe)

- ja Näheres \_\_\_\_\_
- nein

### 8. Welche Behandlungen oder sonstigen Maßnahmen wurden früher durchgeführt oder finden zurzeit statt?

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sprachtherapie | <input type="checkbox"/> Ergotherapie         | <input type="checkbox"/> Krankengymnastik   | <input type="checkbox"/> kieferorthop. Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Frühförderung  | <input type="checkbox"/> heilpädagog. Behdlg. | <input type="checkbox"/> Erziehungsberatung | <input type="checkbox"/> andere _____             |
| <input type="checkbox"/> keine          |   |   |   |

9. Weitere Fragen zur Vorgeschichte des Kindes: (genauere Angaben)

• Unfälle

- zuhause
- im Verkehr
- im Kiga/Schule/Verein
- nein

• Krankenhausbehandlungen

- nein
- ja \_\_\_\_\_

• Ambulante Operationen

- nein
- ja \_\_\_\_\_

• Allergietest/s

- nein
- ja \_\_\_\_\_

10. Nimmt Ihr Kind Arzneimittel ein?

- nein
- ja Name des/der Medikamente/s

wegen

- |                      |                                     |                                     |
|----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| • Allergien          | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf |
| • Asthma             | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf |
| • Cerebraler Krämpfe | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf |
| • Hyperaktivität     | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf |
| • anderer Leiden     | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf |

\_\_\_\_\_

Besondere Hinweise (z.B. Schlafstörungen, Migräne oder anderes)

- nein
- ja \_\_\_\_\_