

Anamnesebogen

Hinweise zum Ausfüllen dieses Bogens: Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen ☒

Wir bitten Sie um Angabe der nachfolgenden Informationen, um die Schuleingangsuntersuchung vollständig durchführen und Sie qualifiziert beraten zu können. Die Datenverarbeitung stützt sich unter anderem auf Art. 12 Abs. 1 GDG, § 6 Abs. 1 Nr. 1 SchulgespfIV. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie in den Datenschutzinformationen, die Sie gemeinsam mit der Einladung zur Schuleingangsuntersuchung erhalten haben.

Familienname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum
Anzahl der Geschwister	Staatsangehörigkeit des Kindes	Geburtsland des Kindes
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten Name: Vorname: Name: Vorname :..... E.-Mail: Tel.-Nr: Anschrift:		
Kindergarten		
Dauer Krippen-/ KITA-/ Kindergartenbesuch (in Jahren):		
Besucht Ihr Kind derzeit einen Kindergarten? ☐ Ja ☐ Nein		
Art des Kindergartens: ☐ Regel-KiGa (inkl. Waldkindergarten, Montessori, etc.)		
☐ Integrationsplatz/Integrationskindergarten ☐ Schulvorbereitende Einrichtung (SVE)		
☐ Integrationsplatz/Integrationskindergarten ☐ Heilpädagogische Tagesstätte (HPT)		
☐ Sonstige (Welche?)		
Schwangerschaft und Geburtsverlauf (Angaben im Gelben Heft)		
Geburtsgewicht: _ _ _ _ Gramm vollendete Schwangerschaftswochen: _ _ SSW ☐ Mehrlingsgeburt		
Entwicklung		
Sprachauffälligkeiten in der Entwicklung ☐ Ja ☐ Nein		
Kind wächst mehrsprachig auf ☐ Ja ☐ Nein		
Kontakt mit der deutschen Sprache ☐ seit Geburt ☐ nicht seit Geburt		
Wenn Kontakt mit der deutschen Sprache nicht seit Geburt, ab welchem Alter? _ _ Jahre _ _ Monate		
Muttersprache der Eltern (bitte für beide Elternteile angeben)?		
☐ Deutsch ☐ Andere (Welche?):		
☐ Deutsch ☐ Andere (Welche?):		
Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen?		
☐ Deutsch ☐ Andere (Welche?):		
Ist Ihr Kind ☐ Rechtshänder ☐ Linkshänder ☐ noch unentschieden		

Entwicklung	
Würden Sie sagen, dass Ihr Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung (bedrückt, ängstlich, schwankend, aufbrausend), Konzentration (kann nicht lange stillsitzen, hört beim Vorlesen nicht ausdauernd zu), Verhalten, Umgang mit Anderen? ☐ Ja ☐ Nein	

Angaben zu Vorerkrankungen oder gesundheitlichen Einschränkungen	
Wurde Ihr Kind schon einmal von einem Augenarzt untersucht? ☐ Ja ☐ Nein <i>Wenn ja:</i> Folgendes wurde dabei festgestellt bzw. veranlasst: ☐ Unauffälliger Befund ☐ Brille wurde verordnet ☐ Kurzsichtigkeit (Myopie) ☐ Weitsichtigkeit (Hyperopie) ☐ Schielen	
Waren Sie mit Ihrem Kind in den vergangenen 12 Monaten beim Zahnarzt? ☐ Ja ☐ Nein	
Angeborene schwere Hörstörung ☐ Ja ☐ Nein <i>Wenn ja,</i> beantworten Sie bitte folgende Fragen: Angeborene Hörstörung ☐ links ☐ rechts ☐ beidseitig Mit Hörgerät versorgt ☐ links ☐ rechts ☐ beidseitig Mit Cochlea-Implantat versorgt ☐ links ☐ rechts ☐ beidseitig	
Stoffwechsel-/Hormonstörungen (nur ärztlich diagnostizierte Befunde) ☐ Ja ☐ Nein <i>Wenn ja, welche:</i> ☐ MCAD-Mangel ☐ Hypothyreose (angeboren) ☐ PKU ☐ AGS ☐ Mukoviszidose ☐ Diab. mellitus (Typ 1) ☐ Sonstige: <i>Alter bei Diagnosestellung:</i> __ __ __ (Jahre / Monate)	
Sonstige chronische Erkrankungen: ☐ Ja (<i>Welche?</i>): ☐ Nein Schwere Behinderung: ☐ Ja (<i>Welche?</i>): ☐ Nein Regelmäßig einzunehmende Medikamente: ☐ Ja (<i>Welche?</i>): ☐ Nein Sind Ihnen Erkrankungen Ihres Kindes bekannt, die bestimmte Vorgehensweisen in Notfallsituationen erfordern (z.B. Allergien, Epilepsie, u.a.)? ☐ Ja ☐ Nein <i>Wenn ja, welche?</i>	

Fördermaßnahmen oder Behandlungen				
Teilnahme am Vorkurs Deutsch	☐ Ja	☐ Nein		☐ geplant
Sprachtherapie (Logopädie)	☐ Ja	☐ Nein	☐ abgeschlossen	☐ geplant
Frühförderung/ Heilpädagogik	☐ Ja	☐ Nein	☐ abgeschlossen	☐ geplant
Ergotherapie	☐ Ja	☐ Nein	☐ abgeschlossen	☐ geplant
Psychologische Behandlung	☐ Ja	☐ Nein	☐ abgeschlossen	☐ geplant
Gibt es in der Familie (Eltern, Geschwister)				
▶ eine Lese-Rechtschreib-Schwäche (Legasthenie)	☐ Ja	☐ Nein		
▶ eine Rechenschwäche (Dyskalkulie)	☐ Ja	☐ Nein		
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ein Austausch mit Kindergarten ☐ Ja ☐ Nein Schule ☐ Ja ☐ Nein über schulrelevante gesundheitliche Befunde unseres Kindes stattfinden darf. Die Regelung des Art. 13 DSGVO kann ich auf der Homepage des Landratsamtes Freising einsehen.				
Name und Adresse Kinderarzt/Hausarzt: 				

Ausgefüllt am:

Unterschrift.....

Bitte wenden ☺

Freiwillige Angaben der Personensorgeberechtigten

Die Angabe der nachfolgenden Informationen ist **freiwillig**. Ihre Angaben sind jedoch wichtig für die Weiterentwicklung von Präventionsmaßnahmen. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie in den **Datenschutzinformationen**, die Sie gemeinsam mit der Einladung zur Schuleingangsuntersuchung erhalten haben.

Ihre Antworten werden an das LGL in anonymisierter Form übermittelt. Wenn Sie die Einwilligung vor Übermittlung an das LGL durch Mitteilung an das für Sie zuständige Gesundheitsamt widerrufen, werden diese Daten nicht an das LGL übermittelt. Wenn Sie die Einwilligung nach Übermittlung an das LGL widerrufen, ist es möglich, dass Ihre Daten bereits mit weiteren Daten zusammengeführt und anonym ausgewertet wurden und deshalb ein Widerruf nicht mehr umgesetzt werden kann.

Einwilligungserklärung:

Als Personensorgeberechtigte(r) von

Vor- und Familienname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

sind wir / bin ich mit der Beantwortung der nachfolgenden Fragen einverstanden.

Uns / mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und widerrufen werden kann, und, dass wir / ich die Einwilligung verweigern oder widerrufen können / kann, ohne dadurch einen rechtlichen Nachteil zu erleiden.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

Anzahl Erwachsene im Haushalt ☐

In welchem Land sind Sie geboren? *(Bitte für beide Elternteile angeben.)*

☐ In Deutschland

☐ In einem anderen Land

☐ In Deutschland

☐ In einem anderen Land

Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? *(Bitte für beide Elternteile angeben.)*

☐ Deutsch

☐ Deutsch + Andere

☐ Andere

☐ Deutsch

☐ Deutsch + Andere

☐ Andere

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie? *(Bitte für beide Elternteile angeben.)*

(Noch) keinen Schulabschluss

☐☐

Mittelschulabschluss/ Qualifizierte Mittelschulabschluss

☐☐

Realschulabschluss (Mittlere Reife)

☐☐

Allgemeine /fachgebundene Hochschulreife

☐☐

Hochschul-/ Universitätsabschluss

☐☐

Welche der folgenden Angaben zur Erwerbstätigkeit trifft auf Sie zu *(Bitte für beide Elternteile angeben.)*

Vollzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr

☐☐

Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden

☐☐

Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden

☐☐

vorübergehende Freistellung, z.B. Elternzeit

☐☐

Auszubildender/Auszubildende/Lehrling//Umschüler/Umschülerin

☐☐

zur Zeit nicht erwerbstätig und nicht arbeitssuchend (z.B. Hausfrauen/Hausmänner, Studierende, Rentner/Rentnerinnen)

☐☐

zur Zeit nicht erwerbstätig und arbeitssuchend (arbeitslos)

☐☐