

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: |_|_|_|_| Grammm 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

Wenn ja: 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

Wenn ja, 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

Wenn ja, welche: MCAD-Mangel Hypothyreose (angeboren) PKU

AGS Mukoviszidose Diab. mellitus (Typ 1)

Sonstige:

Alter bei Diagnosestellung: |__| |__| |__| (Jahre / Monate)

Sonstige chronische Erkrankungen: Ja (*Welche?*): Nein

Schwere Behinderung: Ja (*Welche?*): Nein

Regelmäßig einzunehmende Medikamente: Ja (*Welche?*): Nein

Sind Ihnen Erkrankungen Ihres Kindes bekannt, die bestimmte Vorgehensweisen in Notfallsituationen erfordern (z.B. Allergien, Epilepsie, u.a.)? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Fördermaßnahmen oder Behandlungen				
Teilnahme am Vorkurs Deutsch	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> geplant
Sprachtherapie (Logopädie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen	<input type="checkbox"/> geplant
Frühförderung/ Heilpädagogik	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen	<input type="checkbox"/> geplant
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen	<input type="checkbox"/> geplant
Psychologische Behandlung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen	<input type="checkbox"/> geplant
Gibt es in der Familie (Eltern, Geschwister)				
▶ eine Lese-Rechtschreib-Schwäche (Legasthenie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
▶ eine Rechenschwäche (Dyskalkulie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
<p>Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ein Austausch mit Kindergarten bzw. Schule über schulrelevante gesundheitliche Befunde unseres Kindes stattfinden darf. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Die Regelung des Art. 13 DSGVO kann ich auf der Homepage des Landratsamtes Freising einsehen.</p>				
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauptschul- / Volksschul- / Mittelschulabschluss/ Quali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschulabschluss (Mittlere Reife)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine /fachgebundene Hochschulreife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochschul- / Universitätsabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vorübergehende Freistellung, z.B. Elternzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auszubildender/Auszubildende/Lehrling//Umschüler/Umschülerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur Zeit nicht erwerbstätig und nicht arbeitssuchend (z.B. Hausfrauen/Hausmänner, Studierende, Rentner/Rentnerinnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur Zeit nicht erwerbstätig und arbeitssuchend (arbeitslos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>