ANAMNESEBOGEN

Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen ☒ *Die Beantwortung aller oder auch einzelner Fragen ist freiwillig!*

Familienname des Kindes	Vorname	geboren am	Staatsangehörigkeit	Anzahl weiterer Geschwister

Muttersprache (Mutter)	Muttersprache (Vater)	Anzahl Erwachsene im Haushalt	Krippen-/KITA/Kindergarten-besuch Dauer in Jahren

Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten

Name(n)……..……*Vorname(n)*……..……*Tel.-Nr*……..…..……

Straße……..*PLZ, Ort* ……..……..……..

Email Adresse : ……..

Schwangerschaft und Geburtsverlauf (*Angaben im gelben Heft*)

Vollendete Schwangerschaftswochen: I__I__I *SSW* Geburtsgewicht: I__I__I__I__I *Gramm* ☐ Mehrlingsgeburt

Entwicklung

Wurden bei Ihrem Kind jemals Entwicklungsverzögerungen festgestellt? ☐Ja ☐ Nein

Sprachauffälligkeiten in der Entwicklung? ☐ Ja ☐ Nein

Kind wächst mehrsprachig auf ☐Ja ☐ Nein

Freies Laufen bis 18 Monate ☐ Ja ☐ Nein

Erste Worte (Mama, Papa) bis 18 Monate ☐ Ja ☐ Nein

Kontakt mit der deutschen Sprache ☐ seit Geburt ☐ nicht seit Geburt

Wenn nicht seit Geburt Kontakt mit der deutschen Sprache, ab welchem Alter? I__I Jahre I__I__I Monate

Ist Ihr Kind ☐ Rechtshänder ☐ Linkshänder ☐ noch unentschieden

Liegt oder lag bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen oder gesundheitl. Einschränkungen vor?

Sehstörungen ☐ Nein ☐ Ja Schielbehandlung ☐ Nein ☐ Ja Brillenträger ☐ Nein ☐ Ja

Schwere Hörstörung ☐ Nein ☐ Ja *Wenn ja,* beantworten Sie bitte folgende Fragen:

- ☐ angeborene, schwere Hörstörung ☐ links ☐ rechts
- ☐ erworbene, bleibende Hörstörung ☐ links ☐ rechts
- ☐ mit Hörgerät versorgt seit links …..……*Monat/Jahr* rechts ……..…*Monat/Jahr*
- ☐ mit Cochlea-Implantat versorgt seit links ……..…*Monat/Jahr* rechts …..……*Monat/Jahr*

Angeborene Stoffwechsel-/Hormonstörungen (*nur ärztl. diagnostizierte*) : ☐ Nein ☐ Ja *(Welche?):*

☐ MCAD-Mangel ☐ Hypothyreose ☐ PKU ☐ AGS ☐Mukoviszidose ☐Diab. mell. Typ I ☐Diab. mell. Typ II

Sonstige chronische Erkrankungen: ☐ Nein ☐ Ja *(Welche?):* ……..……..

Schwere Behinderung: ☐ Nein ☐ Ja *(Welche?):* ……..……..……..

Regelmäßig einzunehmende Medikamente: ☐ Nein ☐ Ja *(Welche?):* ……..……..……..

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

Hat Ihr Kind jemals Fördermaßnahmen oder Behandlungen erhalten?

Teilnahme am Vorkurs Deutsch ☐ Nein ☐ Ja

Sprachtherapie (Logopädie) ☐ Nein ☐ abgeschlossen ☐ läuft z.Zt. ☐ geplant

Frühförderung/Heilpädagogik/Ergotherapie ☐ Nein ☐ abgeschlossen ☐ läuft z.Zt. ☐ geplant

Krankengymnastik ☐ Nein ☐ abgeschlossen ☐ läuft z.Zt. ☐ geplant

Kinderarzt/Hausarzt: …….....

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ein Austausch mit Kindergarten bzw. Schule über schulrelevante gesundheitliche Befunde unseres Kindes stattfinden darf. ☐ **Nein** ☐ **Ja**

Die Regelung des Art. 13 DSGVO kann ich auf der Homepage des Landratsamtes Freising einsehen.

…… ……..……

Ort, Datum Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten