

1. Angaben zur Person

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

in Deutschland geboren: ja

nein Seit wann lebt Ihr Kind in Deutschland (Monat/ Jahr)? ____ . ____

Geschwister unter 18 Jahre:

Vorname	Geburtsjahr	Vorname	Geburtsjahr
1. _____	_____	4. _____	_____
2. _____	_____	5. _____	_____
3. _____	_____	6. _____	_____

Bitte Eltern des Kindes eintragen:

Name Mutter/Elternteil A: _____ Vorname: _____

Name Vater/Elternteil B: _____ Vorname: _____

Geburtsland Mutter/Elternteil A: _____ Vater/Elternteil B: _____

Staatsangehörigkeit

Mutter/Elternteil A: deutsch ja nein andere/weitere: _____

Vater/Elternteil B: deutsch ja nein andere/weitere: _____

Welche Sprachen werden in Ihrer Familie mit dem Kind gesprochen?

1. _____ 2. _____ 3. _____

Name Kinderärztin/ Kinderarzt: _____

2. Erkrankungen des Kindes (auch frühere):

- | | | | | |
|-----|--|--------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| 2.1 | obstruktive Bronchitis/Asthma | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | weiß nicht <input type="radio"/> |
| 2.2 | angeborene Herzfehler/Herzkrankungen | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | weiß nicht <input type="radio"/> |
| 2.3 | Krampfleiden (epileptische Anfälle) | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | weiß nicht <input type="radio"/> |
| 2.4 | andere wichtige Erkrankungen/Allergien/Unfälle | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | weiß nicht <input type="radio"/> |
| | wenn ja, welche: _____ | | | |
| 2.5 | Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | weiß nicht <input type="radio"/> |
| | wenn ja, welche: _____ | | | |
| 2.6 | Krankenhausaufenthalte/Operationen | Anzahl | keine <input type="radio"/> | weiß nicht <input type="radio"/> |

3. Entwicklung des Kindes

- | | | | | |
|------|--|--------------------------|----------------------------|--|
| 3.1. | Wurde/wird Ihr Kind behandelt/betreut | | | |
| | durch eine(n) Krankengymnasten/Krankengymnastin? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | |
| | durch eine(n) Ergotherapeuten(in)? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | |
| | durch eine(n) Logopäden(in)? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | |
| | durch eine(n) Psychologen(in)/Psychiater(in)/Erziehungsberatung? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | |
| 3.2. | Machen Sie sich Sorgen um Ihr Kind wegen | | | |
| | seines Verhaltens? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | |
| | seiner Sprachentwicklung? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | |
| | seiner Konzentrationsfähigkeit? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | |
| | seines Seh- oder Hörvermögens? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | |
| 3.3 | Nässt Ihr Kind ein? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | |

4. Betreuung des Kindes

- | | | | |
|-----|---|---|-----------------------------|
| 4.1 | Seit wann (Monat/Jahr) geht Ihr Kind in eine Kindertagesstätte (auch Elterninitiativ-Kita/ Großtagespflegestelle)? | Monat / Jahr | nicht <input type="radio"/> |
| | wenn ja, in welche zuletzt: _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| | wenn Ihr Kind aktuell keine Kita besucht, seit wann nicht mehr? | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 4.2 | Geht oder ging Ihr Kind in eine andere Tagesbetreuung? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| 4.3 | Wie viele Stunden pro Tag wird Ihr Kind in der Kita betreut? | | |
| | <input type="radio"/> bis zu 5 Stunden <input type="radio"/> 5 - 7 Stunden <input type="radio"/> länger als 7 Stunden | | |

5. Lebensumfeld

- 5.1 Das Kind lebt überwiegend bei Eltern
 allein erziehender Mutter/Elternteil A allein erziehendem Vater/Elternteil B
 Pflegefamilie Verwandten in einer Einrichtung
- 5.2 Schulabschluss der Eltern (den höchsten ankreuzen und bitte bei **beiden** Eltern angeben!)

	Mutter/ Elternteil A	Vater/ Elternteil B
kein Hauptschulabschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hauptschulabschluss <u>oder</u> weniger als 10. Klasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mittlere Reife/mittlerer Schulabschluss (MSA)/10. Klasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abitur/Fachabitur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- 5.3 Berufsausbildung der Eltern (die höchste ankreuzen und bitte bei **beiden** Eltern angeben!)

	Mutter/ Elternteil A	Vater/ Elternteil B
keine/keine abgeschlossene Berufsausbildung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in Ausbildung/Studium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abgeschlossene Berufsausbildung/Fachschulabschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abgeschlossenes Studium (Uni, Fachhochschule)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- 5.4 Berufstätigkeit der Eltern (bitte bei **beiden** Eltern angeben!)

	Mutter/ Elternteil A	Vater/ Elternteil B
<i>nicht erwerbstätig, weil</i>		
finde keine Arbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
alle anderen Gründe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
teilzeitbeschäftigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vollzeitbeschäftigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- 5.5 Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt (Ihr einzuschulendes Kind mitgerechnet)?
 Erwachsene: Kinder unter 18 Jahren:
- 5.6 Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind Raucher/Dampfer? keiner
- 5.7 Wie viele Stunden am Tag beschäftigt sich Ihr Kind im Durchschnitt mit elektronischen Geräten?
 (elektronische Geräte sind Fernsehen, DVD, Computer, Tablet, Smartphone, Playstation und andere)
- | | |
|--------------------------------------|--|
| Dauer der Beschäftigung pro Tag | mein Kind hat |
| gar nicht <input type="radio"/> | einen eigenen Fernseher <input type="radio"/> |
| max. ½ Stunde <input type="radio"/> | andere eigene elektronische Geräte <input type="radio"/> |
| max. 1 Stunde <input type="radio"/> | wenn ja, welche: _____ |
| max. 2 Stunden <input type="radio"/> | |
| max. 3 Stunden <input type="radio"/> | kein eigenes Gerät <input type="radio"/> |
| über 3 Stunden <input type="radio"/> | |

Einverständniserklärung

Ich bin darüber belehrt worden, dass die Beantwortung des Abschnitts 5 der vorstehenden Fragen **freiwillig** erfolgt.

Die erhobenen Daten werden entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich behandelt und verbleiben beim Arzt bzw. bei der Ärztin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes.

Ich bin damit einverstanden, dass auch die Angaben des Abschnitts 5 (Lebensumfeld) **anonymisiert** (d. h. ohne Namen und Anschrift) für die Gesundheitsberichterstattung nach den Grundsätzen der statistischen Geheimhaltung und Gesundheitsplanung verarbeitet und gespeichert werden.

Datum

Unterschrift
 der/des Personensorgeberechtigten