

Name und Vorname/n des Kindes:

Name und Tel.-Nr. der Mutter bzw. Elternteil 1:

Name und Tel.-Nr. des Vaters bzw. Elternteil 2:

Geburtsdatum des Kindes:

Geschlecht des Kindes: männlich weiblich divers

Wohnadresse des Kindes: PLZ Ort:

Straße, Hausnr.:

Geburtsland des Kindes Deutschland nicht Deutschland, sondern:

Geburtsland der Mutter Deutschland nicht Deutschland, sondern:

bzw. Elternteil 1

Geburtsland des Vaters Deutschland nicht Deutschland, sondern:

bzw. Elternteil 2

Nationalität der Mutter deutsch nicht deutsch, sondern:

bzw. Elternteil 1

Nationalität des Vaters deutsch nicht deutsch, sondern:

bzw. Elternteil 2

Zuständige Grundschule:

1. Schwangerschaft und Geburtsverlauf

Erkrankung der Mutter in der Schwangerschaft (z. B. Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck, (Prä)Eklampsie, Thrombose)

nein ja wenn ja, welche?

Normalgeburt (Spontangeburt) Frühgeburt Kaiserschnitt

weitere Geburtskomplikationen (z.B. Saugglocke, Zangen Geburt) Mehrlingsgeburt Geburtsgewicht g

2. Entwicklung des Kindes

Allein Laufen gelernt bis zum 15. Monat später

Sprechen gelernt (mind. 2-Wort-Sätze, ca. 50 Wörter) bis zum 2. Geburtstag später

Tags und nachts sauber bis zum 4. Geburtstag später

3. Frühere Erkrankungen
Hatte Ihr Kind in der Vergangenheit eine/ mehrere der folgenden Erkrankungen/ Beeinträchtigungen?

Windpocken häufige Atemwegserkrankungen (ARE)

Hörstörung Pseudokrapp

Krampfanfälle (Fieberkrampf, Epilepsie) Spreiz(hosen)behandlung

wiederholte Mittelohrentzündung(en)/ -vereiterung(en) Erkrankung(en) der Füße

Nieren- / Blasenerkrankung(en) Erkrankung(en) der Wirbelsäule

Herz-Kreislauf-Erkrankung(en)

sonstige Erkrankung(en) / welche?

4. Aktuelle (derzeitige) gesundheitliche Besonderheiten
Hat Ihr Kind derzeit eine/ mehrere der folgenden Erkrankungen/ Beeinträchtigungen?

Sehstörung (z.B. Brillenträger, Schielen) Diabetes (Zuckerkrankheit) Herz-

gehäuftes Atmen mit offenem Mund Kreislauf-Erkrankung(en)

Auffälligkeit(en) im Verhalten Nieren-/ Blasenerkrankung(en)

sonstige Erkrankung(en) / welche?

5. Hat ein(e) Ärztin/Arzt jemals eine der folgenden Krankheiten festgestellt?

Asthma chronische Bronchitis

Neurodermitis Allergie(n) / welche?

6. Krankenhausaufenthalte und Operationen

Lag Ihr Kind jemals im Krankenhaus? nein ja, und zwar insgesamt mal

wegen: akuter Erkrankung chronischer Krankheit Unfall stationäre Operation(en) sonst.

Wurde Ihr Kind jemals ambulant operiert? nein ja

Gründe Krankenhausauf-enthalt(e)/ Operation(en):

7. Befindlichkeitsstörungen Hat Ihr Kind häufiger:	Kopfschmerzen? Bauchschmerzen?	Muskel-, Gelenk- oder Rückenschmerzen? Schlafstörungen?
--	-----------------------------------	--

8. Therapien
Wird oder wurde bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Therapien durchgeführt?

Sprachtherapie/ Logopädie	derzeit	früher (abgeschlossen)
Ergotherapie	derzeit	früher (abgeschlossen)
Physiotherapie	derzeit	früher (abgeschlossen)
ambulante Frühförderung	derzeit	früher (abgeschlossen)
integrative Förderung	derzeit	früher (abgeschlossen)
sonstige Therapien:		
Kind nimmt zurzeit regelmäßig Medikamente	nein	ja / welche?

9. Sonstige gesundheitliche Probleme, die Sie gern im Hinblick auf die Einschulung Ihres Kindes besprechen möchten

Die folgenden Angaben sind freiwillig. Sie sollen helfen, die (eventuelle) Notwendigkeit von Therapien und/oder Fördermaßnahmen für Ihr Kind besser einzuschätzen und mit Ihnen besprechen zu können und werden in anonymisierter Form (ohne Namen und Adresse) für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) verwendet. Deshalb bitten wir Sie, auch die nachfolgenden Fragen zu beantworten und die untenstehende Einwilligung zu unterschreiben.

10. Familiäres Umfeld und Betreuung des Kindes
 Bezugsperson(en):

das Kind lebt ständig
 bei beiden Eltern
 bei der Mutter bzw. Elternteil 1
 beim Vater bzw. Elternteil 2
 bei der Mutter bzw. Elternteil 1 mit Ehe-/ Lebenspartner/in
 beim Vater bzw. Elternteil 2 mit Ehe-/ Lebenspartner/-in
 wechselnd zu etwa gleichen Teilen bei Mutter/ Elternteil 1 bzw. beim Vater/ Elternteil 2 (mit oder ohne jeweilige/n Ehe-/ Lebenspartner/-in)
 bei anderen Bezugspersonen (z.B. Adoptiv-, Groß-, Pflegeeltern, Heim)

Geschwister (<u>ohne</u> das einzuschul. Kind)	keine	Anzahl
derzeit im Haushalt lebende Kinder INSGESAMT (inklusive des einzuschulenden Kindes)		Anzahl
... davon jünger als das einzuschulende Kind		Anzahl

Wie wird Ihr Kind derzeit tagsüber betreut?
 nur zuhause (Hauskind)

KITA halbtags (≤5h), Rest des Tages zuhause
 Tagespflege halbt. (≤5h), Rest des Tages zuhause
 KITA und Tagespflege (jeweils etwa halbtags)

KITA ganztags (>5h), Rest des Tages zuhause
 Tagespflege ganzt. (>5h), Rest des Tages zuhause

Falls Ihr Kind die KITA besucht: wie alt war es bei Eintritt?	<2J	2J	3J	4J	5J
Erwerbstätigkeit Mutter bzw. Elternteil 1:	ja	nein	zurzeit Ausbildung/ Studium		
Erwerbstätigkeit Vater bzw. Elternteil 2:	ja	nein	zurzeit Ausbildung/ Studium		
Schulabschluss Mutter bzw. Elternteil 1:	weniger als 10. Klasse 10. Klasse mehr als 10. Klasse (Hauptschule, Förderschule, kein Abschluss) (Mittlere Reife, Realschule) (Abitur)				
Schulabschluss Vater bzw. Elternteil 2:	weniger als 10. Klasse 10. Klasse mehr als 10. Klasse (Hauptschule, Förderschule, kein Abschluss) (Mittlere Reife, Realschule) (Abitur)				

Wird im Haushalt geraucht? nein ja
 wenn ja, wo (bitte nur eine Antwort) nur außerhalb der Wohnung innerhalb u. außerhalb der Wohnung

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung der freiwilligen Angaben im Fragenkomplex 10
 (personenbezogene Daten nach Artikel 6 Abs. 1a und besondere Kategorien personenbezogener Daten nach Artikel 9 Abs. 1a der Datenschutz-Grundverordnung).
Verantwortliche Behörde:
 Gesundheitsamt, Veterinärwesen und Verbraucherschutz
 Gustav-Bergt-Str. 3, 06862 Dessau-Roßlau
Datenschutzbeauftragter:
 datenschutz@dessau-rosslau.de
 Hiermit willige ich in die Erhebung und Verarbeitung meiner Angaben im Fragenkomplex 10 ein. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann, ohne Nachteile zu erleiden.

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschriften der Elternteile