

# Elternfragebogen Schuleingangsuntersuchung Sachsen-Anhalt

Version 05.12.2024

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 bzw. Elternteil 1     Deutschland     nicht Deutschland, sondern: .....

Geburtsland des Vaters bzw. Elternteil 2     Deutschland     nicht Deutschland, sondern: .....

Nationalität der Mutter bzw. Elternteil 1     deutsch     nicht deutsch, sondern: .....

Nationalität des Vaters bzw. Elternteil 2     deutsch     nicht deutsch, sondern: .....

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     Pseudokrupp  
 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 derzeitig eine/ mehrere der folgenden Erkrankungen/ Beeinträchtigungen?

- Sehstörung (z.B. Brillenträger, Schielen)     Diabetes (Zuckerkrankheit)  
 gehäuftes Atmen mit offenem Mund     Herz-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 Krankenaufenthalt(e)/ Operation(en): .....

<b>7. Befindlichkeitsstörungen</b>		<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Muskel-, Gelenk- oder Rückenschmerzen?
Hat Ihr Kind häufiger:		<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen?
<b>8. Therapien</b>			
Wird oder wurde bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Therapien durchgeführt?			
Sprachtherapie/ Logopädie	<input type="checkbox"/> derzeit	<input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen)	
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> derzeit	<input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen)	
Physiotherapie	<input type="checkbox"/> derzeit	<input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen)	
ambulante Frühförderung	<input type="checkbox"/> derzeit	<input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen)	
integrative Förderung	<input type="checkbox"/> derzeit	<input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen)	
sonstige Therapien: .....			
Kind nimmt zurzeit regelmäßig Medikamente <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja / welche? .....			
<b>9. Sonstige gesundheitliche Probleme, die Sie gern im Hinblick auf die Einschulung Ihres Kindes besprechen möchten</b> .....			
<p>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.</p>			
<b>10. Familiäres Umfeld und Betreuung des Kindes</b>			
<p>Bezugsperson(en): das Kind lebt ständig ....</p> <p><input type="checkbox"/> bei beiden Eltern <input type="checkbox"/> bei der Mutter bzw. Elternteil 1 <input type="checkbox"/> beim Vater bzw. Elternteil 2 <input type="checkbox"/> bei Mutter bzw. Elternteil 1 mit Ehe-/ Lebenspartner/-in <input type="checkbox"/> beim Vater bzw. Elternteil 2 mit Ehe-/ Lebenspartner/-in <input type="checkbox"/> wechselnd zu etwa gleichen Teilen bei der Mutter/ Elternteil 1 bzw. beim Vater/ Elternteil 2 (mit oder ohne jeweilige/n Ehe-/ Lebenspartner/-in) <input type="checkbox"/> bei anderen Bezugspersonen (z.B. Adoptiv-, Groß-, Pflegeeltern, Heim)</p>			
<p>Geschwister (ohne das einzuschul. Kind)    keine <input type="checkbox"/> Anzahl <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  derzeit im Haushalt lebende Kinder INSGESAMT    Anzahl <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  (inklusive des einzuschulenden Kindes)</p> <p>... davon jünger als das einzuschulende Kind    Anzahl <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>			
<p>Wie wird Ihr Kind derzeit tagsüber betreut?</p> <p><input type="checkbox"/> nur zuhause (Hauskind) <input type="checkbox"/> KITA halbtags (&lt;5h), Rest des Tages zuhause    <input type="checkbox"/> KITA ganztags (&gt;5h), Rest des Tages zuhause <input type="checkbox"/> Tagespflege halbt. (&lt;5h), Rest des Tages zuhause    <input type="checkbox"/> Tagespflege ganzt. (&gt;5h), Rest des Tages zuhause <input type="checkbox"/> KITA und Tagespflege (jeweils etwa halbtags)</p>			
<p>Falls Ihr Kind die KITA besucht: wie alt war es bei Eintritt?    <input type="checkbox"/> &lt;2J <input type="checkbox"/> 2J <input type="checkbox"/> 3J <input type="checkbox"/> 4J <input type="checkbox"/> 5J</p>			
<p>Erwerbstätigkeit Mutter bzw. Elternteil 1:    <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zurzeit Ausbildung/ Studium</p>			
<p>Erwerbstätigkeit Vater bzw. Elternteil 2:    <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zurzeit Ausbildung/ Studium</p>			
<p>Schulabschluss Mutter bzw. Elternteil 1:    <input type="checkbox"/> weniger als 10. Klasse (Hauptschule, Förderschule, kein Abschluss) <input type="checkbox"/> 10. Klasse (Mittlere Reife, Realschule) <input type="checkbox"/> mehr als 10. Klasse (Abitur)</p>			
<p>Schulabschluss Vater bzw. Elternteil 2:    <input type="checkbox"/> weniger als 10. Klasse (Hauptschule, Förderschule, kein Abschluss) <input type="checkbox"/> 10. Klasse (Mittlere Reife, Realschule) <input type="checkbox"/> mehr als 10. Klasse (Abitur)</p>			
<p>Wird im Haushalt geraucht?    <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>			
<p>wenn ja, wo (bitte nur eine Antwort)    <input type="checkbox"/> nur außerhalb der Wohnung <input type="checkbox"/> innerhalb u. außerhalb der Wohnung</p>			
<p><b>Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung der freiwilligen Angaben im Fragenkomplex 10</b>  (personenbezogene Daten nach Artikel 6 Abs. 1a und besondere Kategorien personenbezogener Daten nach Artikel 9 Abs. 1a der Datenschutz-Grundverordnung).</p>			
<p><b>Verantwortliche Behörde:</b></p>			
<p>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 dass Nachteile daraus entstehen.</p>			
.....		.....	
Ort, Datum	Unterschriften der Elternteile		