

Bitte ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen

**Ihre Mitteilungen werden vertraulich behandelt
und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht**

Name des Kindes	Vorname	Muttersprache
geboren am:	Geschwister des Kindes (Geburtsjahr)	Kindergartenbesuch <input type="checkbox"/> ja, seit..... <input type="checkbox"/> Nein
Name und Anschrift der/des Erziehungsberechtigten:		
Name des Kinderarztes:		

Schwangerschaft und Geburtsverlauf

- Krankheiten während der Schwangerschaft Mehrlingsgeburt
- Geburtsgewicht _____ g Kaiserschnitt, Zangengeburt, Sauglocke
- Normalgeburt Intensivbehandlung des Kindes nach der Geburt
- Früh- oder Mangelgeburt (unter 37 Wochen oder Geburtsgewicht unter 2.500 g)

Entwicklung

- Freies Laufen bis 1 1/2 Jahre später
- Erste Worte (wie Mama, Papa, Auto) bis 1 1/2 Jahre später
- Rechtshändigkeit Linkshändigkeit

Therapie / Fördermaßnahmen des Kindes?

- Krankengymnastik von _____ bis _____
- Ergotherapie von _____ bis _____
- Sprachtherapie von _____ bis _____
- Sonstiges von _____ bis _____

Hat/Hatte Ihr Kind folgende Krankheiten?

- Asthma Masern
- Heuschnupfen Röteln
- Ekzem (Neurodermitis) Windpocken
- Allergien andere Erkrankungen
- Operationen Unfälle

Braucht Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche _____

Beobachten Sie bei Ihrem Kind folgende Auffälligkeiten?

- klagt häufig über körperliche Beschwerden (Kopf-, Bauchschmerzen, Müdigkeit) ja nein
- nässt noch ein ja nein
- zeigt Sprachauffälligkeiten (z. B. Stottern, Lispeln, Lautverwechslungen) ja nein
- lässt sich leicht ablenken (kann sich nur schwer konzentrieren) ja nein
- zeigt einen ungewöhnlich starken Bewegungsdrang (sehr oft unruhig und zappelig) ja nein
- verhält sich bei bestimmten Aufgaben (z. B. Malen, Ausschneiden, Klettern) ja nein
ungeschickt

Datum _____

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten _____