

Angaben zur kinder- und jugendärztlichen Untersuchung Ihres Kindes

Vertraulich! (Nur für den Kinder- und Jugendarzt Ihres Gesundheitsamtes)

Schulquereinsteiger

Sämtliche Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum _ _ _ _ _ _ _ _
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten		Telefon/Handy
Name und Anschrift der Schule		

1. Allgemeine Fragen

Welche Muttersprache spricht Ihr Kind? _____

2. Rund um die Geburt

Schwangerschaftsverlauf normal mit Komplikationen unbekannt Dauer der Schwangerschaft in Wochen |_|_|_|_|

Geburtsverlauf normal mit Komplikationen unbekannt **Geburtsgewicht** |_|_|_|_| g **Geburtslänge** |_|_| cm

3. Entwicklung des Kindes

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? ja nein
Wenn **nein**, bitte Ihre Hinweise:

Liegen gesundheitliche Besonderheiten vor? nein

ja nämlich: Sprachauffälligkeiten Sehstörungen Hörstörungen
 häufiges Hinfallen andere unbekannt

4. Andere Erkrankungen des Kindes

Wurde jemals durch einen Arzt eine der folgenden Erkrankungen festgestellt? nein

ja nämlich:

<input type="checkbox"/> Allergischer Schnupfen und/oder Augenentzündung	<input type="checkbox"/> wiederholte Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung
<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Epilepsie (so genannte Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe
<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Hüfterkrankungen
<input type="checkbox"/> Nieren- und Harnwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> ADS/ADHS	<input type="checkbox"/> andere (wenn ja, welche?) _____
<input type="checkbox"/> Tuberkulose		

5. Fragen zu Unfällen

Hatte Ihr Kind **jemals** einen Unfall, der **ärztlich** behandelt werden musste? nein ja unbekannt

↪ Wenn ja, welche Verletzung? _____

Gibt es auf Grund der Verletzung noch Beschwerden? nein wenn ja, welche: _____

6. Wurde Ihr Kind im Krankenhaus stationär behandelt?

nein ja wegen einer Operation: Wann, welche? _____

Wenn ja, wegen: eines Unfalls einer Krankheit: Wenn ja, welche? _____

7. Nahm Ihr Kind in den letzten 12 Monaten regelmäßig Medikamente ein?

nein Wenn ja, Name des Medikamentes _____

Stand: November 2017

Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten