

Angaben zur kinder- und jugendärztlichen Untersuchung Ihres Kindes

6. Klasse

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

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		
Behindertenausweis vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Grad der Behinderung _ _	Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

1. Allgemeine Fragen

Anzahl der Kinder im Haushalt: _ _	Anzahl der Erwachsenen im Haushalt: _ _
Welche Muttersprache spricht Ihr Kind?	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: wenn ja, welche <input type="checkbox"/> wächst zweisprachig auf
Ist mindestens ein Elternteil erwerbstätig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2. Entwicklung des Kindes

Liegen gesundheitliche Besonderheiten vor?	<input type="checkbox"/> nein
ja nämlich:	<input type="checkbox"/> Sprachauffälligkeiten <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Hörstörungen <input type="checkbox"/> Bewegungsauffälligkeiten <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> unbekannt

3. Andere Erkrankungen des Kindes

Wurde jedemals durch einen Arzt eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein	
ja nämlich:		
<input type="checkbox"/> Allergischer Schnupfen und/oder Augentzündung	<input type="checkbox"/> wiederholt Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe
<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Epilepsie (so genannte Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/> Hüfterkrankungen
<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> andere (wenn ja, welche):
<input type="checkbox"/> allergische Hautkrankheiten (z.B. Modeschmuck)	<input type="checkbox"/> ADS/ADHS	
<input type="checkbox"/> Nieren- und Harnwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung	<input type="checkbox"/> unbekannt, ob eine der genannten Erkrankungen vorliegt
Mein Kind hatte in den letzten 12 Monaten ...		
<input type="checkbox"/> mehr als 3 Bronchitiden <input type="checkbox"/> eine Lungenentzündung <input type="checkbox"/> 5 und mehr Erkältungen.		

4. Fragen zu Allergien

Haben Eltern oder auch die Geschwister Beschwerden durch ...	Mutter/Vater			Geschwister (falls zutreffend)		
	ja	nein	weiß nicht	ja	nein	weiß nicht
→ Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Neurodermitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten ...	ja	nein	weiß nicht			
gleichzeitig mit Niesanfällen eine laufende, verstopfte oder juckende Nase und/oder tränende Augen, obwohl es nicht erkältet war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten ...	ja	nein	weiß nicht			
beim Atmen pfeifende oder fiepende Atemgeräusche im Brustkorb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
falls ja diese während oder nach körperlicher Anstrengung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
nachts einen trockenen Reizhusten, obwohl es keine Erkältung oder Bronchitis hatte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5 oder mehr Anfälle von pfeifender oder fiepender Atmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hatte Ihr Kind jedemals ...	ja	nein	weiß nicht			
einen juckenden Hautausschlag in den Ellenbeugen oder Kniegelenken, an Hand- und Fußgelenken, im Gesicht oder am Hals, der stärker oder schwächer über mindestens 6 Monate andauerte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

5. Fragen zum Verhalten

Kreuzen Sie bitte an, ob die unten aufgeführten Auffälligkeiten bei Ihrem Kind **in den letzten 6 Monaten** aufgetreten sind. Sollte Ihr Kind zur Zeit Medikamente erhalten, die sein Verhalten verändern, beantworten Sie bitte die Fragen so wie sich Ihr Kind verhält, wenn es keine Medikamente erhält.

Mein Kind ...	stimmt	stimmt nicht
muss bei starker Aufregung stottern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat in den letzten 3 Monaten nachts mehr als 1 mal pro Monat eingenässt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat ständig Angst dick zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist sehr ängstlich und hat deswegen im Alltag Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat starke Angst davor zur Schule zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat überhaupt keinen Kontakt zu anderen Kindern und Jugendlichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwänzt manchmal die Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- in der Schule .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bei den Hausaufgaben .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bei den Regelspielen (Karten- oder Brettspiele).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig und niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mein Kind trinkt Alkohol nein gelegentlich mehrmals im Monat

Mein Kind raucht nein gelegentlich täglich

Hat Ihr Kind im eigenen Zimmer einen Fernseher, eine Spielkonsole oder Vergleichbares? ja nein

Wie lange sieht Ihr Kind durchschnittlich pro Tag Fernsehsendungen, DVD, Videofilme oder spielt mit der Spielekonsole, dem Smartphone?

weniger als eine Stunde Stunden pro Tag (bitte Anzahl der Stunden eintragen)

6. Fragen zu Unfällen

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

↪ Wenn ja, welche Verletzung? Bitte geben Sie in der Tabelle die Verletzung und den dazugehörigen Unfallort ein:

Verletzung	zu Hause	in der Schule	im Straßenverkehr	anderer Ort
Gehirnerschütterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwere Schnittverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergiftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbrühung/Verbrennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere schwere Verletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

7. Krankenhausbehandlung

7a. Wurde Ihr Kind jemals im Krankenhaus stationär behandelt?

nein ja

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

7b. Wurde Ihr Kind jemals operiert (auch ambulant)?

nein ja Wenn ja, wegen: _____ Wann? _____

8. Derzeitige ärztliche Behandlung

8a. Mein Kind befindet bzw. befand sich wegen einer Erkrankung in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung (nicht wegen Impfungen, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, "U-Untersuchungen") nein ja

Wenn ja: bitte weiter mit Frage 8b

8b. Mussten weitere Ärzte wegen einer besonderen Untersuchung oder Behandlung aufgesucht werden? nein ja

Wenn ja, wegen: _____

Wo?

im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ)

in Brandenburg Berlin Mecklenburg-Vorpommern
 Sachsen Sachsen-Anhalt anderes Bundesland

in spezialfachärztlicher Einrichtung

in Brandenburg Berlin anderes Bundesland

in psychologischer oder kinder- u. jugendpsychiatrischer Einrichtung

9. Mein Kind befindet bzw. befand sich in den letzten 12 Monaten in Förderung:

nein Wenn ja, Art der Förderung in Einzelintegration Logopädie
 Ergotherapie Sonstiges
 Physiotherapie/ Krankengymnastik

10. Medikamenteneinnahme

10a. Nimmt bzw. nahm Ihr Kind in den letzten 12 Monaten regelmäßig Medikamente ein?

nein Wenn ja, Name des Medikamentes _____

10b. Muss Ihr Kind Notfallarzneimittel mit sich führen?

nein Wenn ja, Name des Medikamentes _____

11. Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität ist jede Aktivität, die Ihr Kind zeitweise etwas außer Atem bringt, zum Beispiel laufen, Rad fahren, tanzen, schwimmen und Fußball spielen. Für die folgenden Fragen ist es gleich, ob Ihr Kind im Schulsport, Sportverein, beim Spiel mit Freunden oder allein körperlich aktiv ist.

Wenn Sie an die vergangenen 7 Tage denken, an wie vielen Tagen war Ihr Kind für mindestens 60 Minuten an einem Tag körperlich aktiv?

1 Tag 2 Tage 3 Tage 4 Tage
 5 Tage 6 Tage 7 Tage an keinem Tag

Gibt es andere regelmäßige sportliche Betätigungen? nein ja wenn ja, welche? _____

Lag im letzten Schuljahr eine ärztliche Sportbefreiung vor? nein ja

12. Möchten Sie uns noch etwas zur Entwicklung Ihres Kindes mitteilen (Besonderheiten)?

Stand: November 2017

Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten