

# ELTERNFRAGEBOGEN ZUR VORBEREITUNG DER SCHULEINGANGSUNTERSUCHUNG

Pflichtteil gemäß §2 Abs. 1 Schulpflichtgesetz und §8 Abs. 3 Gesundheitsdienstgesetz

Liebe Eltern, liebe Personensorgeberechtigte,

dieser Fragebogen dient der Vorbereitung der Schuleingangsuntersuchung Ihres Kindes. Die Durchführung der Schuleingangsuntersuchung ist gesetzlich vorgeschrieben und für Ihr Kind verpflichtend. Die im nachfolgenden Fragebogen abgefragten Informationen können von Ihnen in Vorbereitung auf den bevorstehenden Termin angegeben werden, um den Ablauf der Untersuchung zu beschleunigen. Die Informationen werden spätestens beim Termin verpflichtend erhoben.

Sollten Sie einzelne Fragen oder den ganzen Fragebogen nicht beantworten können oder wollen, werden diese Fragen auch im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung besprochen. Für einen solchen Fall sollten Sie die zur Beantwortung der u.g. Fragen notwendigen Informationen sowie erforderliche Unterlagen für den Untersuchungstermin vorhalten.

Ihre Angaben auf dem Fragebogen sind – zusammen mit der Untersuchung – sehr wichtig, um beurteilen zu können, ob Ihr Kind gesund ist und sich seinem Alter entsprechend entwickelt hat. Außerdem helfen uns Ihre Angaben dabei, zu sehen ob bei Ihrem Kind Krankheiten und Beeinträchtigungen vorliegen und deshalb eine Behandlung oder eine spezifische Förderung notwendig ist.

## Allgemeine Angaben

Kind		
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsland		
Geburtsort		
Alter des Kindes bei Einreise nach Deutschland (falls nicht in Deutschland geboren)?		
Anzahl der im Familienverbund lebenden Kinder		
Aktuell besuchte Kindertageseinrichtung (Kita)		
Alter des Kindes bei Aufnahme in die Kita		
Zuständige Schule		
Arztpraxis des Kindes		


Sorgeberechtigte	Mutter/Sorgeberechtigte 1	Vater/Sorgeberechtigte 2
Name		
Vorname		
Straße und Haus-Nr.		
PLZ		
Wohnort		
Telefon		
E-Mail-Adresse		

## Fragebogen

1. Sind in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) folgenden Krankheiten aufgetreten? (Mehrfachnennung möglich)							
<input type="checkbox"/>	Allergie	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall
<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	Übergewicht		
<input type="checkbox"/>	nein, keine der genannten Krankheiten						
2. Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft:							
<input type="radio"/>	nein						
<input type="radio"/>	ja	→	Welche?				

3. Schwangerschaftsdauer		_____ Wochen	
4. Geburtsgewicht Ihres Kindes		_____ Gramm	
5. Konnte Ihr Kind...			
... mit 15 Monate frei laufen?	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/> nein
... mit 1 Jahr erste Worte sprechen?	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/> nein
... mit 2 Jahren kleine Sätze sprechen?	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/> nein
6. Gab es Störungen in der Sprachentwicklung Ihres Kindes im Hinblick auf...			
... Aussprache?	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/> nein
... Stottern?	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/> nein
7. Was ist die Muttersprache Ihres Kindes?			
<input type="radio"/> Deutsch	<input type="radio"/> andere	→ Welche?	
8. Welche Sprachen werden überwiegend in der Familie gesprochen?			
<input type="radio"/> Deutsch	<input type="radio"/> andere	→ Welche?	
9. Hat Ihr Kind am Deutschkurs teilgenommen?			
<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ist angemeldet	
10. Nässt Ihr Kind noch ein?			
tagsüber	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/> nein
nachts	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/> nein
11. Kotet Ihr Kind noch ein?			
tagsüber	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/> nein
nachts	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/> nein
12. Bisherige Erkrankungen Ihres Kindes? (Mehrfachnennung möglich)			
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe/Anfälle
<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung	<input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung
<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Chron. Bronchitis	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung
<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Pseudokrupp	<input type="checkbox"/> Harnwegserkrankung
<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar:		
<input type="checkbox"/> nein, keine			
13. Ist Ihr Kind zurzeit in Behandlung? (Mehrfachnennung möglich)			
<input type="radio"/>	nein		
<input type="radio"/>	ja	→	<input type="checkbox"/> ärztlich <input type="checkbox"/> psychologisch/kinder- und jugendpsychiatrisch <input type="checkbox"/> zahnärztlich <input type="checkbox"/> sonstige Behandlung
Wegen der folgenden Erkrankungen:			
14. Hatte Ihr Kind jemals einen Krankenhausaufenthalt?			
<input type="radio"/>	nein		
<input type="radio"/>	ja	→	Weshalb?
15. Wurde bei Ihrem Kind jemals eine Operation durchgeführt? (Mehrfachnennung möglich)			
<input type="radio"/>	nein		
<input type="radio"/>	ja	→	<input type="checkbox"/> Entfernung der Rachenpolypen <input type="checkbox"/> Mandeloperation <input type="checkbox"/> Leisten-/Nabelbruchoperation <input type="checkbox"/> Korrektur Hodenhochstand <input type="checkbox"/> sonstige Operation, und zwar:

<b>16. Wurde Ihr Kind jemals aufgrund von Unfallverletzungen von einem Arzt behandelt?</b> (Mehrfachnennung möglich)					
<input type="radio"/>	nein				
<input type="radio"/>	ja	→	<b>wegen</b> <input type="checkbox"/> Verbrühung/Verbrennung <input type="checkbox"/> Vergiftung <input type="checkbox"/> Knochenbruch/Weichteilverletzung <input type="checkbox"/> Schwere Kopfverletzung <input type="checkbox"/> sonstige Unfallursache, und zwar: _____ 		
			<b>Ort des Unfallgeschehens</b> <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> im Straßenverkehr <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> sonstiger Unfallort 		
			<b>Anlass</b> <input type="checkbox"/> bei Freizeitaktivitäten <input type="checkbox"/> beim Kindergartenbesuch 		
<b>17. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?</b>					
<input type="radio"/>	nein				
<input type="radio"/>	ja	→	<b>Welche?</b> _____ _____		
<b>18. Liegt bei Ihrem Kind ein amtlich anerkannter Grad der Behinderung (GdB) oder Pflegegrad vor?</b>					
<input type="radio"/>	nein				
<input type="radio"/>	Ja, Grad der Behinderung		→ bitte angeben welcher Grad der Behinderung: _____		
<input type="radio"/>	Ja, Pflegegrad		→ bitte angeben welcher Pflegegrad: _____		
<b>19. Werden oder wurden bei Ihrem Kind jemals Förder- oder Heilmaßnahmen durchgeführt?</b> (Mehrfachnennung möglich)					
<input type="radio"/>	nein				
<input type="radio"/>	ja	→	<input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> Logopädie/Sprachtherapie <input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Integration/AFI <input type="checkbox"/> Sonstige Unterstützung, und zwar: _____ 		
<b>20. Treibt Ihr Kind regelmäßig Sport?</b>					
<input type="radio"/>	nein				
<input type="radio"/>	ja	→	<b>Im Verein?</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		

<b>Datenschutzhinweis</b> Zur Verwendung der Daten beachten Sie bitte die Datenschutzinformationen gemäß Art. 13 DSGVO, die Sie unter folgendem Link bzw. mithilfe des QR Code aufrufen können:  <a href="https://www.landkreis-neunkirchen.de/fileadmin/user_upload/Gesundheit/KJKD_Kinder_Jugendaerztlicher_Dienst/3_Datenschutzinfo_Schuleingangsuntersuchung_Stand_01_26_JH.pdf">https://www.landkreis-neunkirchen.de/fileadmin/user_upload/Gesundheit/KJKD_Kinder_Jugendaerztlicher_Dienst/3_Datenschutzinfo_Schuleingangsuntersuchung_Stand_01_26_JH.pdf</a>		
Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt		
Datum _____	Unterschrift des/der Sorgeberechtigten _____	

# FRAGEBOGEN ZU SOZIODEMOGRAPHISCHEN DATEN

## -Freiwilliger Teil-

Liebe Eltern, liebe Personensorgeberechtigte,

die Antworten zu den nachfolgenden Fragen dienen dazu, die familiäre Situation und die Möglichkeit der Unterstützung des Kindes einzuschätzen. Weiterhin wird erfragt, ob Ihr Kind mit Muttermilch ernährt wurde, denn die Ernährung von Kindern mit Muttermilch hat Studien zufolge viele gesundheitliche Vorteile für Mutter und Kind. Bei der Auswertung geht es nicht um die Bewertung Ihres konkreten Stillverhaltens, sondern um eine generalisierte Betrachtung, die ggf. auch (werdenden) Eltern weiterhelfen kann. Aus den Ergebnissen kann im Vergleich zu Daten aus wissenschaftlichen Studien abgeleitet werden, ob ggf. strukturelle Probleme bestehen, die eine Ernährung von Kindern mit Muttermilch beeinträchtigen. Insgesamt werden die Angaben zu den nachfolgenden Fragen zudem in anonymisierter Form im Rahmen der kommunalen und landesweiten Gesundheitsberichterstattung genutzt. Die Angaben haben keinen Einfluss auf das Ergebnis der ärztlichen Untersuchung. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Sie können auch einzelne Fragen unbeantwortet lassen. Ihnen oder Ihrem Kind entstehen keine Nachteile, wenn Sie diese Fragen nicht beantworten möchten oder können.

<b>1. Bei wem lebt Ihr Kind überwiegend?</b>			
<input type="radio"/>	beiden leiblichen Eltern		<input type="radio"/> alleinerziehendem Elternteil
<input type="radio"/>	Elternteil mit Partner*in		<input type="radio"/> Großeltern, Pflegeeltern, Adoptiveltern, oder Anderen
<b>2. Wurde Ihr Kind jemals gestillt und/oder mit abgepumpter Muttermilch ernährt?</b>			
<input type="radio"/>	nein		
<input type="radio"/>	ja	→	Bis zu welchem Lebensmonat wurde Ihr Kind gestillt/mit Muttermilch ernährt?
			Bis zum _____ Monat
<b>3. Geburtsland Mutter (ggf. Sorgeberechtigte/r 1)</b>			
<input type="radio"/>	Deutschland	<input type="radio"/>	anderes → Welches?
<b>4. Geburtsland Vater (ggf. Sorgeberechtigte/r 2)</b>			
<input type="radio"/>	Deutschland	<input type="radio"/>	anderes → Welches?
<b>5. Staatsangehörigkeit Mutter (ggf. Sorgeberechtigte/r 1)</b>			
<input type="radio"/>	Deutsch	<input type="radio"/>	andere → Welche?
<b>6. Staatsangehörigkeit Vater (ggf. Sorgeberechtigte/r 2)</b>			
<input type="radio"/>	Deutsch	<input type="radio"/>	andere → Welche?
<b>7. Bitte geben Sie an, welchen Bildungsabschluss und welchen Berufsabschluss Sie haben (Vorliegendes bitte ankreuzen)?</b>			
Bildungs- und Berufsabschluss		Mutter	Vater
Bildungsabschluss	Abitur/Fachhochschulreife oder vergleichbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mittlere Reife oder vergleichbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonder-/Förderschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kein Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Derzeit noch in schulischer Ausbildung (Schüler*in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsabschluss	(Fach-)Hochschulabschluss oder vergleichbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Berufliche Ausbildung/Lehre oder vergleichbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kein Berufsabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Derzeit noch in beruflicher Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Angaben		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Datenschutzhinweis und Einwilligung:**

Zur Verwendung der Daten beachten Sie bitte die Datenschutzinformationen gemäß Art. 13 DSGVO, die Sie unter folgendem Link bzw. mithilfe des QR Code aufrufen können:

[https://www.landkreis-neunkirchen.de/fileadmin/user\\_upload/Gesundheit/KJKD\\_Kinder\\_Jugendaerztlicher\\_Dienst/3\\_Datenschutzinfo\\_Schuleingangsuntersuchung\\_Stand\\_01\\_26\\_JH.pdf](https://www.landkreis-neunkirchen.de/fileadmin/user_upload/Gesundheit/KJKD_Kinder_Jugendaerztlicher_Dienst/3_Datenschutzinfo_Schuleingangsuntersuchung_Stand_01_26_JH.pdf)



Ich willige/wir willigen ein, dass die in diesem Fragebogen angegebenen soziodemographischen Daten durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes (KJGD) elektronisch erfasst sowie für die Einschätzung der familiären Situation und der Möglichkeiten zur Unterstützung verwendet werden können.

Ich/wir sind uns bewusst, dass diese Einwilligung freiwillig ist. Mir/uns oder dem Kind entstehen keine Nachteile, wenn die Einwilligung nicht erklärt wird. Die Einwilligung kann jederzeit – auch ohne Angabe von Gründen – für die Zukunft widerrufen werden.

☐ Ich willige/wir willigen ein.

☐ Ich willige/wir willigen nicht ein.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Kindes

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des/der Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Sorgeberechtigten