

# Fragebogen zur Schuleingangsuntersuchung

Die Angaben der Fragen 1-13 benötigt der Schularzt/die Schularztin für die schulärztlich/medizinische Beurteilung gemäß §11 der Schulordnung für öffentliche Grundschulen in Rheinland-Pfalz. Die Informationen dienen als Grundlage für das gemeinsame Gespräch und für die Feststellung des aktuellen Entwicklungsstandes des Kindes. Die Beantwortung dieser Fragen wird auf jeden Fall erbeten. Unklarheiten zu einzelnen Fragen können im Gespräch geklärt werden.



**1. Angaben zur Familie** Ausgefüllt am: 

Tag	Monat	Jahr			

	Kind	Sorgeberechtigte*r 1 (z.B. Vater/Mutter)	Sorgeberechtigte*r 2 (z.B. Vater/Mutter)													
Name	_____	_____	_____													
Vorname	_____	_____	_____													
Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>													
Geburtsdatum	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center;">Tag</td><td style="text-align: center;">Monat</td><td colspan="2" style="text-align: center;">Jahr</td><td colspan="2"></td></tr></table>							Tag	Monat	Jahr				Geburtsland des Kindes _____ Geburtsort _____		
Tag	Monat	Jahr														
Adresse	_____															

**2. Wie wurde Ihr Kind bisher betreut? Welche Einrichtungen besuchte es?**

a) Das Kind wurde bis zum Alter von \_\_\_\_ Jahren und \_\_\_\_ Monaten ausschließlich innerhalb der Familie betreut.

b) Danach besuchte es folgende Einrichtungen: (Mehrfachnennungen möglich)

Krippe.....	<input type="checkbox"/> Kindergarten/-tagesstätte.....	<input type="checkbox"/> Förderkindergarten.....	<input type="checkbox"/>
Kindertagespflege.....	<input type="checkbox"/> Integrative Kindertagesstätte.....	<input type="checkbox"/> Keine Einrichtung.....	<input type="checkbox"/>

c) Derzeit besucht das Kind folgende Einrichtung:

Krippe.....	<input type="checkbox"/> Kindergarten/-tagesstätte.....	<input type="checkbox"/> Förderkindergarten.....	<input type="checkbox"/>
Kindertagespflege.....	<input type="checkbox"/> Integrative Kindertagesstätte.....	<input type="checkbox"/> Keine Einrichtung.....	<input type="checkbox"/>

Name der Einrichtung \_\_\_\_\_

**3. Welche Infektionskrankheiten hatte ihr Kind bereits? (Mehrfachnennungen möglich)**

Windpocken.....	<input type="checkbox"/>	Mumps.....	<input type="checkbox"/>	Salmonellen.....	<input type="checkbox"/>
Scharlach.....	<input type="checkbox"/>	Röteln.....	<input type="checkbox"/>	Borreliose.....	<input type="checkbox"/>
Ringelröteln.....	<input type="checkbox"/>	Keuchhusten.....	<input type="checkbox"/>	Hirn-/Hirnhautentzündung...	<input type="checkbox"/>
Masern.....	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B.....	<input type="checkbox"/>	Rotaviren.....	<input type="checkbox"/>
Andere.....	<input type="checkbox"/>	Covid-19.....	<input type="checkbox"/>	Keine.....	<input type="checkbox"/>

Wenn andere, welche? \_\_\_\_\_

**4. Welche akuten Erkrankungen sind in den letzten 12 Monaten aufgetreten? (Mehrfachnennungen möglich)**

Bronchitis.....	<input type="checkbox"/>	Blasen-/Harnwegsentzündungen	<input type="checkbox"/>	Pseudokrapp-Anfall.....	<input type="checkbox"/>
Hals-/Mandelentzündungen.....	<input type="checkbox"/>	Lungenentzündungen.....	<input type="checkbox"/>	Cerebraler Krampfanfall....	<input type="checkbox"/>
Mittelohrentzündungen.....	<input type="checkbox"/>	Fieberkrämpfe.....	<input type="checkbox"/>	Häufige Infekte.....	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Infektion.....	<input type="checkbox"/>				
Andere.....	<input type="checkbox"/>			Keine.....	<input type="checkbox"/>

Wenn andere, welche? \_\_\_\_\_

**5. Hatte Ihr Kind jemals folgende ärztlich diagnostizierte Erkrankungen oder Beeinträchtigungen? (Mehrfachnennungen möglich) Bitte bringen Sie ggf. aussagefähige Unterlagen mit!**

- |                                 |                          |                               |                          |                                |                          |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Allergien.....                  | <input type="checkbox"/> | Polypen (Adenoiden).....      | <input type="checkbox"/> | Krampfanfälle (Epilepsie)..... | <input type="checkbox"/> |
| Neurodermitis.....              | <input type="checkbox"/> | Wirbelsäulenleiden.....       | <input type="checkbox"/> | Tumor-/Krebserkrankung.....    | <input type="checkbox"/> |
| Chronische Bronchitis.....      | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankung.....   | <input type="checkbox"/> | Rheuma.....                    | <input type="checkbox"/> |
| Asthma bronchiale.....          | <input type="checkbox"/> | Herzfehler/Herzkrankungen..   | <input type="checkbox"/> | Autismus.....                  | <input type="checkbox"/> |
| Heuschnupfen.....               | <input type="checkbox"/> | Diabetes mellitus.....        | <input type="checkbox"/> | Angeborene Beeinträchtigung.   | <input type="checkbox"/> |
| Nahrungsmittelallergien.....    | <input type="checkbox"/> | Chron. Harnwegsinfekte.....   | <input type="checkbox"/> | Körperliche Beeinträchtigung.  | <input type="checkbox"/> |
| Allergische Hautausschläge..... | <input type="checkbox"/> | Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom | <input type="checkbox"/> | Geistige Beeinträchtigung..... | <input type="checkbox"/> |
| Andere.....                     | <input type="checkbox"/> | Psychische Erkrankungen.....  | <input type="checkbox"/> | Keine.....                     | <input type="checkbox"/> |
- Wenn andere, welche? \_\_\_\_\_

**6. Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten folgende Symptome oder Beeinträchtigungen? (Mehrfachnennungen möglich)**

- |                             |                          |                         |                          |  |                          |
|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Sehbeeinträchtigungen.....  | <input type="checkbox"/> | Wurmerkrankungen.....   | <input type="checkbox"/> | Nahrungsmittelunverträglichkeiten..... | <input type="checkbox"/> |
| Hörbeeinträchtigungen.....  | <input type="checkbox"/> | Übergewicht.....        | <input type="checkbox"/> | Motorische Unruhe/ Hyperaktivität..... | <input type="checkbox"/> |
| Sprachauffälligkeiten.....  | <input type="checkbox"/> | Untergewicht.....       | <input type="checkbox"/> | Aggressivität.....                     | <input type="checkbox"/> |
| Entwicklungsverzögerungen.. | <input type="checkbox"/> | Häufige Kopfschmerzen.. | <input type="checkbox"/> | Einschlaf-/Durchschlafstörung.....     | <input type="checkbox"/> |
| Konzentrationsstörung.....  | <input type="checkbox"/> | Häufige Bauchschmerzen  | <input type="checkbox"/> | Häufiges Schnarchen (ohne Infekte).... | <input type="checkbox"/> |
| Bettnässen.....             | <input type="checkbox"/> | Häufige Beinschmerzen.. | <input type="checkbox"/> | Mundatmung/behinderte Nasenatmung      | <input type="checkbox"/> |
| Einkoten.....               | <input type="checkbox"/> | Ängstlichkeit.....      | <input type="checkbox"/> | Ausgeprägte Tagesmüdigkeit.....        | <input type="checkbox"/> |
| Andere.....                 | <input type="checkbox"/> |                         |                          | Keine.....                             | <input type="checkbox"/> |
- Wenn andere, welche? \_\_\_\_\_

**7. Bei welchen ÄrztInnen oder TherapeutInnen war Ihr Kind in den letzten 12 Monaten? (Mehrfachnennungen möglich)**

- |                          |                          |                            |                          |                                     |                          |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Kinderärztin/ -arzt..... | <input type="checkbox"/> | Augenärztin/ -arzt.....    | <input type="checkbox"/> | HeilpraktikerIn.....                | <input type="checkbox"/> |
| Name: _____              |                          | HNO-Ärztin/ -arzt.....     | <input type="checkbox"/> | Kinder- und JugendpsychiaterIn..... | <input type="checkbox"/> |
| Hausärztin/ -arzt.....   | <input type="checkbox"/> | Hautärztin/ -arzt.....     | <input type="checkbox"/> | PsychologIn/PsychotherapeutIn.....  | <input type="checkbox"/> |
| Zahnärztin/ -arzt.....   | <input type="checkbox"/> | UrologIn.....              | <input type="checkbox"/> | ChirurgIn/ OrthopädIn.....          | <input type="checkbox"/> |
| KieferorthopädIn.....    | <input type="checkbox"/> | KinderkardiologIn.....     | <input type="checkbox"/> | Keine.....                          | <input type="checkbox"/> |
| Andere.....              | <input type="checkbox"/> | Wenn andere, welche? _____ |                          |                                     |                          |

**8. Wurden bei Ihrem Kind jemals folgende Untersuchungen oder Behandlungen durchgeführt? (Mehrfachnennungen möglich)**

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| Entwicklungsdiagnostik.....             | <input type="checkbox"/> | Genauere Angaben (z.B. Ambulante Operation: Polypen)<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |
| Reha- oder Kuraufenthalt.....           | <input type="checkbox"/> |  |
| Allergietest.....                       | <input type="checkbox"/> |  |
| Ambulante Operation.....                | <input type="checkbox"/> |  |
| Stationäre Krankenhausbehandlung.....   | <input type="checkbox"/> |  |
| Keine Untersuchungen/ Behandlungen..... | <input type="checkbox"/> |  |

**9. Welche Behandlungen oder Unterstützungen hat Ihr Kind bislang erhalten? (Mehrfachnennungen möglich)**

- |                                |                          |                         |                          |                              |                          |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Sprachtherapie/ Logopädie..... | <input type="checkbox"/> | Frühförderung.....      | <input type="checkbox"/> | Heilpädagogische Behandlung. | <input type="checkbox"/> |
| Ergotherapie.....              | <input type="checkbox"/> | Integrationshilfe.....  | <input type="checkbox"/> | Psychotherapie.....          | <input type="checkbox"/> |
| Physiotherapie.....            | <input type="checkbox"/> | Erziehungsberatung..... | <input type="checkbox"/> | Psychologische Beratung..... | <input type="checkbox"/> |
| Kieferorthop. Behandlung.....  | <input type="checkbox"/> |                         |                          | Familienhilfe (SPFH).....    | <input type="checkbox"/> |
| Andere.....                    | <input type="checkbox"/> |                         |                          | Keine.....                   | <input type="checkbox"/> |

Wenn andere, welche? \_\_\_\_\_

Was waren die Ursache/Gründe für die Behandlung und/oder Unterstützung? \_\_\_\_\_

Zeitraum/Dauer der Behandlung: \_\_\_\_\_

**10. Hatte Ihr Kind jemals Unfälle oder Vergiftungen, die ärztliche Behandlungen erforderten? (Mehrfachnennungen möglich)**

- Unfall zu Hause.....  Unfall im Straßenverkehr.....  Vergiftung.....   
 Unfall in einer Betreuungseinrichtung (z.B. KiTa)  Unfall an einem sonstigen Ort (z.B. Verein, Turnhalle).....  Keine.....

**11. Nahm Ihr Kind in den letzten 12 Monaten Arzneimittel ein?**

- Ja.....  Nein.....

Wenn ja, wegen:	Regelmäßig	Bei Bedarf	Name des Medikamentes
Allergien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma bronchiale.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie (Krampfanfälle) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hyperaktivität.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anderer chronischer Erkrankungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

- Benötigt Ihr Kind in der Schule ggf. Medikamente?      Regelmäßig.....  Bei Bedarf.....  Nein.....

- Braucht Ihr Kind in der Schule Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme?      Ja....  Nein....  Keine Medikamenteneinnahme in der Schule.....

**12. Möchten Sie uns noch etwas über Ihr Kind mitteilen?**

---



---



---



---

**13. Wer hat den Fragebogen beantwortet? (Mehrfachnennungen möglich)**

- Sorgeberechtigte\*r 1.....  Großmutter.....  Pflegemutter.....  Geschwister des Kindes..   
 Sorgeberechtigte\*r 2.....  Großvater.....  Pflegevater.....  Andere Person.....

## Die Beantwortung der Fragen 14- 23 ist freiwillig!

Die Fragen dienen vorrangig der Gesundheitsberichtserstattung und unterstützen die Forschung zur Kindergesundheit. Sowohl die Schuleingangsuntersuchung als auch spätere Untersuchungen oder Stellungnahmen sind davon unabhängig. Sie können im Zweifelsfall auch einzelne Fragen unbeantwortet lassen. Ihnen oder Ihrem Kind entstehen daraus selbstverständlich keine Nachteile.

<b>14. Wie lange wurde Ihr Kind gestillt?</b>			
a) Nicht gestillt.....	<input type="checkbox"/>	Weniger als 1 Monat.....	<input type="checkbox"/>
4-6 Monate.....	<input type="checkbox"/>	Mehr als 6 Monate.....	<input type="checkbox"/>
b) Ab dem ____ Lebensmonat wurde zugefüttert (Beikost und/oder Milchpulver).		Unbekannt.....	<input type="checkbox"/>
<b>15. Bei wem lebt das Kind hauptsächlich? (Hier bitte nur ein Kreuz machen)</b>			
Bei den leiblichen Eltern.....	<input type="checkbox"/>	Bei Pflegeeltern/ Adoptiveltern.....	<input type="checkbox"/>
Bei der/dem Sorgeberechtigten 1 alleinerziehend.....	<input type="checkbox"/>	Bei anderen Familienmitgliedern.....	<input type="checkbox"/>
Bei der/dem Sorgeberechtigten 2 alleinerziehend.....	<input type="checkbox"/>	Bei anderen Personen.....	<input type="checkbox"/>
In einer Stieffamilie oder Patchworkfamilie .....	<input type="checkbox"/>	Im Heim.....	<input type="checkbox"/>
Im Wechselmodell (gleich häufig bei den getrennt lebenden Sorgeberechtigten).....			<input type="checkbox"/>
<b>16. Wie viele Kinder leben insgesamt in Ihrem Haushalt? (einschließlich des einzuschulenden Kindes)</b>			
1 Kind	<input type="checkbox"/>	2 Kinder	<input type="checkbox"/>
3 Kinder	<input type="checkbox"/>	4 Kinder	<input type="checkbox"/>
Mehr als 4 Kinder	<input type="checkbox"/>	, nämlich ____ Kinder.	
<b>17. Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? (Mehrfachnennungen sind möglich)</b>			
Deutsch.....	<input type="checkbox"/>	Andere Sprachen.....	<input type="checkbox"/>
		Welche? _____	
<b>18. In welchem Land sind Sie geboren? (Bitte für beide Sorgeberechtigte angeben)</b>			
Sorgeberechtigte*r 1	In Deutschland	<input type="checkbox"/>	In einem anderen Land
		<input type="checkbox"/>	In welchem? _____
Sorgeberechtigte*r 2	In Deutschland	<input type="checkbox"/>	In einem anderen Land
		<input type="checkbox"/>	In welchem? _____
<b>19. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? (Bitte für das Kind und beide Sorgeberechtigte angeben)</b>			
Kind	Deutsch	<input type="checkbox"/>	Andere/ weitere Staatsangehörigkeit
		<input type="checkbox"/>	Welche? _____
Sorgeberechtigte*r 1	Deutsch	<input type="checkbox"/>	Andere/ weitere Staatsangehörigkeit
		<input type="checkbox"/>	Welche? _____
Sorgeberechtigte*r 2	Deutsch	<input type="checkbox"/>	Andere/ weitere Staatsangehörigkeit
		<input type="checkbox"/>	Welche? _____
<b>20. Wird in Ihrem Haushalt geraucht?</b>			
Nie.....	<input type="checkbox"/>	Gelegentlich.....	<input type="checkbox"/>
		Häufig.....	<input type="checkbox"/>
<b>21. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie? (Bitte für beide Sorgeberechtigte angeben)</b>			
	Sorgeberechtigte*r 1		Sorgeberechtigte*r 2
Hauptschulabschluss/ Volksschulabschluss.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Realschulabschluss (Mittlere Reife).....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule).....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Allgemeine Hochschulreife (Abitur).....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Anderer Schulabschluss.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
(Noch) in schulischer Ausbildung (SchülerIn) .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Schule beendet ohne Schulabschluss.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Keine Angabe.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>22. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung? Wenn ja, welche?</b>			
(Nennen Sie bitte nur den höchsten Abschluss.)	Sorgeberechtigte*r 1		Sorgeberechtigte*r 2
Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung).....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Berufsschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung).....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Fachschule (z.B. Meister-Techniker-Schule, Berufs- oder Fachakademie).	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Fachhochschule, Ingenieurschule.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Universität, Hochschule.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Anderer Ausbildungsabschluss.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Noch in beruflicher Ausbildung.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kein Abschluss.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Keine Angabe.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>23. In welchem Umfang sind Sie derzeit berufstätig?</b>			
	Sorgeberechtigte*r 1		Sorgeberechtigte*r 2
Voll berufstätig.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Teilweise berufstätig (z.B. Teilzeittätigkeit, stundenweise Tätigkeit)....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Derzeit keine Berufstätigkeit.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>