

Anamnesebogen



Hinweise zum Ausfüllen dieses Bogens: Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen ☒

Wir bitten Sie um Angabe der nachfolgenden Informationen, um die Schuleingangsuntersuchung vollständig durchführen und Sie qualifiziert beraten zu können. Die Datenverarbeitung stützt sich unter anderem auf Art. 12 Abs. 1 GDG, § 6 Abs. 1 Nr. 1 SchulgespfIV. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie in den Datenschutzzinformatoren unter <https://www.landratsamt-dachau.de/dsgvo/Schuleingangsuntersuchung>

Familienname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum
Anzahl der Geschwister	Staatsangehörigkeit des Kindes	Geburtsland des Kindes
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten Name, Vorname: Name, Vorname: Tel.-Nr.: Tel.-Nr.: Anschrift:		
Kindergarten		
Dauer Krippen-/ KITA-/ Kindergartenbesuch (in Jahren): _____		
Besucht Ihr Kind derzeit einen Kindergarten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Art des Kindergartens: <input type="checkbox"/> Regel-KiGa (inkl. Waldkindergarten, Montessori, etc.) <input type="checkbox"/> Schulvorbereitende Einrichtung (SVE) <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Tagesstätte (HPT) <input type="checkbox"/> Integrationsplatz/Integrationskindergarten <input type="checkbox"/> Sonstige (Welche?): _____		
Schwangerschaft und Geburtsverlauf (Angaben im Gelben Heft)		
Geburtsgewicht: _ _ _ _ Grammm vollendete Schwangerschaftswochen: _ _ SSW <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt		
Entwicklung		
Sprachauffälligkeiten in der Entwicklung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Kind wächst mehrsprachig auf <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Kontakt mit der deutschen Sprache <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> nicht seit Geburt		
Wenn Kontakt mit der deutschen Sprache nicht seit Geburt, ab welchem Alter? _ _ Jahre _ _ _ Monate		
Muttersprache der Eltern (bitte für beide Elternteile angeben)? <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Andere (Welche?): _____ <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Andere (Welche?): _____		
Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Andere (Welche?): _____		
Ist Ihr Kind <input type="checkbox"/> Rechtshänder <input type="checkbox"/> Linkshänder <input type="checkbox"/> noch unentschieden		
Würden Sie sagen, dass Ihr Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung (bedrückt, ängstlich, schwankend, aufbrausend), Konzentration (kann nicht lange stillsitzen, hört beim Vorlesen nicht ausdauernd zu), Verhalten, Umgang mit Anderen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Fördermaßnahmen oder Behandlungen			
Teilnahme am Vorkurs Deutsch	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> geplant
Sprachtherapie (Logopädie)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen	<input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch <input type="checkbox"/> geplant
Angaben zu Vorerkrankungen oder gesundheitlichen Einschränkungen			
Wurde Ihr Kind schon einmal von einem Augenarzt untersucht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<i>Wenn ja:</i> Folgendes wurde dabei festgestellt bzw. veranlasst:			
<input type="checkbox"/> Unauffälliger Befund	<input type="checkbox"/> Brille wurde verordnet	<input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit (Hyperopie)	<input type="checkbox"/> Schielen
<input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit (Myopie)			
Waren Sie mit Ihrem Kind in den vergangenen 12 Monaten beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Angeborene schwere Hörstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<i>Wenn ja,</i> beantworten Sie bitte folgende Fragen:			
Angeborene Hörstörung	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> beidseitig
Mit Hörgerät versorgt	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> beidseitig
Mit Cochlea-Implantat versorgt	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> beidseitig
Stoffwechsel-/Hormonstörungen (nur ärztlich diagnostizierte Befunde)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<i>Wenn ja, welche:</i>			
<input type="checkbox"/> MCAD-Mangel	<input type="checkbox"/> Hypothyreose (angeboren)		
<input type="checkbox"/> PKU	<input type="checkbox"/> AGS	<input type="checkbox"/> Mukoviszidose	<input type="checkbox"/> Diab. mellitus (Typ 1)
<input type="checkbox"/> Sonstige:		
<i>Alter bei Diagnosestellung:</i> __ __ __ (Jahre / Monate)			
Sonstige chronische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja (<i>Welche?</i>):	<input type="checkbox"/> Nein	
Schwere Behinderung:	<input type="checkbox"/> Ja (<i>Welche?</i>):	<input type="checkbox"/> Nein	
Regelmäßig einzunehmende Medikamente:	<input type="checkbox"/> Ja (<i>Welche?</i>):	<input type="checkbox"/> Nein	
Sind Ihnen Erkrankungen Ihres Kindes bekannt, die bestimmte Vorgehensweisen in Notfallsituationen erfordern (z.B. Allergien, Epilepsie, u.a.)?			
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<i>Wenn ja, welche?</i>			
Gibt es in der Familie (Eltern, Geschwister)			
▶ eine Lese-Rechtschreib-Schwäche (Legasthenie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
▶ eine Rechenschwäche (Dyskalkulie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Ausgefüllt am:

Freiwillige Angaben der Personensorgeberechtigten

Die Angabe der nachfolgenden Informationen ist **freiwillig**. Ihre Angaben sind jedoch wichtig für die Weiterentwicklung von Präventionsmaßnahmen. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie in den **Datenschutzinformationen**, die Sie gemeinsam mit der Einladung zur Schuleingangsuntersuchung erhalten haben.

Ihre Antworten werden an das LGL in anonymisierter Form übermittelt. Wenn Sie die Einwilligung vor Übermittlung an das LGL durch Mitteilung an das für Sie zuständige Gesundheitsamt widerrufen, werden diese Daten nicht an das LGL übermittelt. Wenn Sie die Einwilligung nach Übermittlung an das LGL widerrufen, ist es möglich, dass Ihre Daten bereits mit weiteren Daten zusammengeführt und anonym ausgewertet wurden und deshalb ein Widerruf nicht mehr umgesetzt werden kann.

Einwilligungserklärung:

Als Personensorgeberechtigte(r) von

Vor- und Familienname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

sind wir / bin ich mit der Beantwortung der nachfolgenden Fragen einverstanden.

Uns / mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und widerrufen werden kann, und, dass wir / ich die Einwilligung verweigern oder widerrufen können / kann, ohne dadurch einen rechtlichen Nachteil zu erleiden.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

Anzahl Erwachsene im Haushalt

In welchem Land sind Sie geboren? *(Bitte für beide Elternteile angeben.)*

In Deutschland In einem anderen Land

In Deutschland In einem anderen Land

Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? *(Bitte für beide Elternteile angeben.)*

Deutsch Deutsch + Andere Andere

Deutsch Deutsch + Andere Andere

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie? *(Bitte für beide Elternteile angeben.)*

(Noch) keinen Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauptschul- / Volksschul- / Mittelschulabschluss/ Quali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschulabschluss (Mittlere Reife)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine /fachgebundene Hochschulreife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochschul- / Universitätsabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche der folgenden Angaben zur Erwerbstätigkeit trifft auf Sie zu *(Bitte für beide Elternteile angeben.)*

Vollzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vorübergehende Freistellung, z.B. Elternzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auszubildender/Auszubildende/Lehrling//Umschüler/Umschülerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur Zeit nicht erwerbstätig und nicht arbeitssuchend (z.B. Hausfrauen/Hausmänner, Studierende, Rentner/Rentnerinnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur Zeit nicht erwerbstätig und arbeitssuchend (arbeitslos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>