Vertraulich!

Angaben für den Schularzt

Kind		Vater		Mutter	
Nachname		Nachname			
Vorname		Vorname			
Geburtsdatum		Geburtsdatum			
Geburtsort		Wohnort			
Kindergartenbesuch seit (Monat/Jahr)		Straße			

Schule, die das Kind besuchen soll:

(Halb-)Geschwister des Kindes mit Geburtsjahr, die noch in der Familie leben: 19... 19... 19... 19... 20... 20... 20... 20... 20...

Kinderarzt/Hausarzt | Telefon der Eltern

Krankheiten der Eltern oder Geschwister

☐ Ekzem ☐ Asthma ☐ Zuckerkrankheit ☐ Tuberkulose
☐ sonstige schwere Erkrankung

Schwangerschaft und Geburt

☐ Erkrankung der Mutter während der Schwangerschaft
☐ Frühgeburt ☐ Normalgeburt ☐ Zangengeburt
☐ Kaiserschnitt ☐ Saugglocke ☐ Mehrlingsgeburt
☐ sonstige Besonderheiten
Geburtsgewicht: Geburtsgröße:

Entwicklung des Kindes

frei laufen mit ____ Monaten
tags **und nachts** sauber mit ____ Monaten
kleine (3 Wort-) Sätze sprechen mit ____ Monaten
ggf. Entwicklungsbesonderheiten:

Spezielle Fördermaßnahmen (wann wurden sie durchgeführt)

☐ Krankengymnastik von bis ☐ Frühförderung von bis ☐ Ergotherapie von bis
☐ Psychomotorik von bis ☐ Sprachtherapie von bis
☐ Sprachförderung im Kindergarten oder in der Schule von bis

Erkrankungen des Kindes

Infektionskrankheiten:
☐ Windpocken
☐ Scharlach
☐ Röteln
☐ Masern
☐ Mumps
☐ Gehirnhautentzündung
☐ Hepatitis

chronische Krankheiten:
☐ Anfallsleiden
☐ Asthma
☐ Neurodermitis
☐ Zuckerkrankheit
☐ Allergien gegen:
☐ Pollen/Gräser
☐ Nahrungsmittel
☐
☐

Sonstiges
☐ Operationen (welche und wann)
☐ Unfälle (welche und wann)

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ☐ ja, welche ☐ nein

Sonstige Angaben für den Schularzt: