Vertraulich!

Angaben für den Schularzt

	Kind	Vater	Mutter
Nachname			
Vorname			
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: