

Name und Vorname/n des Kindes:

Name und Tel.-Nr. der Mutter:

Name und Tel.-Nr. des Vaters:

Geburtsdatum des Kindes:

Wohnadresse des Kindes: PLZ Ort:

Straße, Hausnr.:

Geburtsland des Kindes Deutschland nicht Deutschland, sondern:

Geburtsland der Mutter Deutschland nicht Deutschland, sondern:

Geburtsland des Vaters Deutschland nicht Deutschland, sondern:

Nationalität der Mutter deutsch nicht deutsch, sondern:

Nationalität des Vaters deutsch nicht deutsch, sondern:

Zuständige Grundschule:

1. Schwangerschaft und Geburtsverlauf

Erkrankung der Mutter in der Schwangerschaft (z. B. Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck, (Prä)Eklampsie, Thrombose)

nein ja wenn ja, welche?

Normalgeburt (Spontangeburt) Frühgeburt Kaiserschnitt
 weitere Geburtskomplikationen (z.B. Saugglocke, Zangengeburt) Mehrlingsgeburt Geburtsgewicht g

2. Entwicklung des Kindes

Allein Laufen gelernt bis zum 15. Monat später
 Sprechen gelernt (mind. 2-Wort-Sätze, ca. 50 Wörter) bis zum 2. Geburtstag später
 Tags und nachts sauber bis zum 4. Geburtstag später

3. Frühere Erkrankungen

Hatte Ihr Kind in der Vergangenheit eine/ mehrere der folgenden Erkrankungen/ Beeinträchtigungen?

Windpocken	häufige Atemwegserkrankungen (ARE)
Hörstörung	Pseudokrapp
Krampfanfälle (Fieberkrampf, Epilepsie)	Spreiz(hosen)behandlung
wiederholte Mittelohrentzündung(en)/ -vereiterung(en)	Erkrankung(en) der Füße
Nieren- / Blasenerkrankung(en)	Erkrankung(en) der Wirbelsäule
Herz-Kreislauf-Erkrankung(en)	
sonstige Erkrankung(en) / welche?	

4. Aktuelle (derzeitige) gesundheitliche Besonderheiten

Hat Ihr Kind derzeit eine/ mehrere der folgenden Erkrankungen/ Beeinträchtigungen?

Sehstörung (z.B. Brillenträger, Schielen)	Diabetes (Zuckerkrankheit) Herz-
gehäuftes Atmen mit offenem Mund	Kreislauf-Erkrankung(en)
Auffälligkeit(en) im Verhalten	Nieren-/ Blasenerkrankung(en)
sonstige Erkrankung(en) / welche?	

5. Hat ein(e) Ärztin/Arzt jemals eine der folgenden Krankheiten festgestellt?

Asthma chronische Bronchitis
 Neurodermitis Allergie(n) / welche?

6. Krankenhausaufenthalte und Operationen

Lag Ihr Kind jemals im Krankenhaus? nein ja, und zwar insgesamt mal
 wegen: akuter Erkrankung chronischer Krankheit Unfall stationäre Operation(en) sonst.
 Wurde Ihr Kind jemals **ambulant** operiert? nein ja
 Gründe Krankenhausaufenthalt(e)/ Operation(en):

7. Befindlichkeitsstörungen Hat Ihr Kind häufiger:	Kopfschmerzen?	Muskel-, Gelenk- oder Rückenschmerzen?
	Bauchschmerzen?	Schlafstörungen?

8. Therapien

Wird oder wurde bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Therapien durchgeführt?

Sprachtherapie/ Logopädie	derzeit	früher (abgeschlossen)
Ergotherapie	derzeit	früher (abgeschlossen)
Physiotherapie	derzeit	früher (abgeschlossen)
ambulante Frühförderung	derzeit	früher (abgeschlossen)
integrative Förderung	derzeit	früher (abgeschlossen)
sonstige Therapien:		
Kind nimmt zurzeit regelmäßig Medikamente nein ja / welche?		

9. Sonstige gesundheitliche Probleme, die Sie gern im Hinblick auf die Einschulung Ihres Kindes

besprechen möchten

.....

Die folgenden Angaben sind freiwillig. Sie sollen helfen, die (eventuelle) Notwendigkeit von Therapien und/oder Fördermaßnahmen für Ihr Kind besser einzuschätzen und mit Ihnen besprechen zu können und werden in anonymisierter Form (ohne Namen und Adresse) für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) verwendet. Deshalb bitten wir Sie, auch die nachfolgenden Fragen zu beantworten und die untenstehende Einwilligung zu unterschreiben.

10. Familiäres Umfeld und Betreuung des Kindes

Bezugsperson(en):

- das Kind lebt ständig
- bei beiden leiblichen Eltern
- bei der Mutter
- beim Vater
- bei der Mutter mit Ehe-/ Lebenspartner
- beim Vater mit Ehe-/ Lebenspartner
- wechselnd zu etwa gleichen Teilen bei Mutter bzw. Vater (mit oder ohne jeweilige/n Lebenspartner/in)
- bei anderen Bezugspersonen (z.B. Adoptiv-, Groß-, Pflegeeltern, Heim)

Geschwister (<u>ohne</u> das einzuschul. Kind)	keine	Anzahl	<input type="text"/>	<input type="text"/>
derzeit im Haushalt lebende Kinder INSGESAM (inklusive des einzuschulenden Kindes)		Anzahl	<input type="text"/>	<input type="text"/>
... davon jünger als das einzuschulende Kind		Anzahl	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wie wird Ihr Kind derzeit tagsüber betreut?

- nur zuhause (Hauskind)
- KITA halbtags ($\leq 5h$), Rest des Tages zuhause
- Tagespflege halbt. ($< 5h$), Rest des Tages zuhause
- KITA und Tagespflege (jeweils etwa halbtags)
- KITA ganztags ($\geq 6h$), Rest des Tages zuhause
- Tagespflege ganzt. ($\geq 6h$), Rest des Tages zuhause

Falls Ihr Kind die KITA besucht: wie alt war es bei Eintritt? $\leq 1J$ 2J 3J 4J 5J

Erwerbstätigkeit Mutter/ weibl. Partner:	ja	nein	zurzeit Ausbildung/ Studium
Erwerbstätigkeit Vater/ männl. Partner:	ja	nein	zurzeit Ausbildung/ Studium
Schulabschluss Mutter/ weibl. Partner:	weniger als 10. Klasse		10. Klasse mehr als 10. Klasse
Schulabschluss Vater/ männl. Partner:	weniger als 10. Klasse		10. Klasse mehr als 10. Klasse
Wird im Haushalt geraucht?	nein		ja
wenn ja, wo ..(bitte nur eine Antwort)	nur außerhalb der Wohnung		innerhalb u. außerhalb der Wohnung

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung der freiwilligen Angaben im Fragenkomplex 10

(personenbezogene Daten nach Artikel 6 Abs. 1a und besondere Kategorien personenbezogener Daten nach Artikel 9 Abs. 1a der Datenschutz-Grundverordnung).

Verantwortliche Behörde:

Landkreis Harz - Gesundheitsamt - Amtsleitung
Schwanebecker Straße 14, 38820 Halberstadt, gesundheitsamt@kreis-hz.de

Datenschutzbeauftragte:

Frau Scholz
datenschutz@kreis-hz.de

Hiermit willige ich in die Erhebung und Verarbeitung meiner Angaben im Fragenkomplex 10 ein. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann, ohne Nachteile zu erleiden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschriften der Eltern