

## Elternfragebogen zur Untersuchung durch die Kinder- und Jugendärzt\*innen des Gesundheitsamtes

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**KITA  
SEU**

|   |                    |  |
|---|--------------------|--|
| Nachname der Kindes   | Vorname der Kindes | Geburtsdatum des Kindes<br>_ _ . _ _ . _ _ _ _ |
| Name(n) und Anschrift(en) der/des Personensorgeberechtigten |                    | Telefon/Handy                                  |

|  |  |
|--|--|
| Kitauntersuchungen:<br>Name und Anschrift der Kindertagesstätte bzw. Tagespflege | Zusätzlich bei Schuleingangsuntersuchungen:<br>Name und Anschrift der Schule auf die das Kind voraussichtlich gehen wird |
|--|--|

|  |                                    |  |
|--|------------------------------------|--|
| Schwerbehindertenausweis vorhanden?<br><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | Ggf. Grad der Behinderung<br>_____ | Ggf. Pflegegrad<br><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 |
|--|------------------------------------|--|

### 1. Welche der folgenden Krankheiten wurden bei Ihrem Kind jemals ärztlich diagnostiziert?

Mehrfachnennungen möglich.

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                           | <input type="checkbox"/> Allergischer Schnupfen/<br>Augenentzündung    | <input type="checkbox"/> Tumor/Krebserkrankung              | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-<br>funktionsstörung |
| <input type="checkbox"/> ADS/ADHS                            | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale                             | <input type="checkbox"/> Hüfterkrankung                     | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar<br>_____         |
| <input type="checkbox"/> Sprachauffälligkeit                 | <input type="checkbox"/> Allergische Hauterkrankung                    | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenleiden                 | _____  |
| <input type="checkbox"/> Sehstörung                          | <input type="checkbox"/> Neurodermitis                                 | <input type="checkbox"/> Bewegungsstörung                   | _____  |
| <input type="checkbox"/> Hörstörung                          | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie/-<br>unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                  | _____  |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler/Herzkrankung             |  | <input type="checkbox"/> Autismus-Spektrum-Störung<br>(ASS) |  |
| <input type="checkbox"/> Nieren- und Harnwegs-<br>erkrankung |  |   | <input type="radio"/> Keine                                |

### 2. Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

Mehrfachnennungen möglich.

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> COVID-19                | <input type="checkbox"/> Hirn-/Hirnhautentzündung | <input type="checkbox"/> Ringelröteln        | <input type="checkbox"/> Windpocken                |
| <input type="checkbox"/> Hand-Fuß-Mund-Krankheit | <input type="checkbox"/> Keuchhusten              | <input type="checkbox"/> Röteln              | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Borreliose              | <input type="checkbox"/> Masern                   | <input type="checkbox"/> Rotavirus-Infektion | _____  |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B             | <input type="checkbox"/> Mumps                    | <input type="checkbox"/> Scharlach           | <input type="radio"/> Keine                        |

### 3. Welche Erkrankungen sind in den vergangenen 12 Monaten bei Ihrem Kind aufgetreten?

Mehrfachnennungen möglich.

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung    | <input type="checkbox"/> Bronchitis           | <input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe                     | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Hals-/Mandelentzündung | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung     | <input type="checkbox"/> Cerebraler Krampfanfall           | _____  |
| <input type="checkbox"/> Pseudokrupp-Anfall     | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Infektion | <input type="checkbox"/> Blasen- und<br>Harnwegsentzündung | _____  |
|   |   |  | <input type="radio"/> Keine                        |

### 4. Zeigte Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten folgende Verhaltensauffälligkeiten?

Mehrfachnennungen möglich.

|  |  |   |                             |
|--|--|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung | <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit | <input type="checkbox"/> Motorische Unruhe/Hyperaktivität |                             |
| <input type="checkbox"/> Bettnässen            | <input type="checkbox"/> Aggressivität | <input type="checkbox"/> Unüberlegte/riskante Handlungen  |                             |
| <input type="checkbox"/> Einkoten              | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |   | <input type="radio"/> Keine |

### 5. Bei welchen Ärztinnen oder Ärzten haben Sie Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten vorgestellt?

Mehrfachnennungen möglich.

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt/Hausarzt | <input type="checkbox"/> Augenarzt             | <input type="checkbox"/> Urologe                         | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Zahnarzt            | <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren-Arzt | <input type="checkbox"/> Chirurg/Orthopäde               | _____  |
| <input type="checkbox"/> Kieferorthopäde     | <input type="checkbox"/> Hautarzt              | <input type="checkbox"/> Kinder- und<br>Jugendpsychiater | _____  |
|  |  |  | <input type="radio"/> Bei keinen                   |



|  |                       |                                   |                        |  |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------------------|------------------------|--|-------------------------|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>13. Wie lange sieht Ihr Kind durchschnittlich pro Tag Fernsehen, Videos, Streamingdienste oder spielt mit der Spielekonsole, dem Smartphone oder anderen elektronischen Geräten?</b>                                    |                       |                                   |                        |  |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| Bitte unterscheiden Sie dabei zwischen „Montag bis Freitag“ und am „Wochenende“.   |                       |                                   |                        |  |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
|  | Gar nicht             |                                   | Weniger als 30 Minuten |  | 30 Minuten bis 1 Stunde |                       | 1 bis 2 Stunden       |  | 2 bis 3 Stunden       |                       | 3 Stunden oder mehr   |                       |
| Montag bis Freitag   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>             | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>                              | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wochenende   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>             | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>                              | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>14. Wie viele Stunden pro Woche...</b>  |                       |                                   |                        |  |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
|  |                       |                                   |                        |  | Im Sommer               | Im Winter             |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| ...spielt Ihr Kind im Freien?  |                       |                                   |                        |  | --'--                   | --'--                 |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| ...treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?  |                       |                                   |                        |  | --'--                   | --'--                 |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| ...treibt Ihr Kind Sport außerhalb eines Vereins?  |                       |                                   |                        |  | --'--                   | --'--                 |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| ...fährt Ihr Kind Laufrad, Roller oder Fahrrad?  |                       |                                   |                        |  | --'--                   | --'--                 |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| ...geht Ihr Kind zu Fuß, z. B. zur Kita, zum Sport?  |                       |                                   |                        |  | --'--                   | --'--                 |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| <b>15. Wie lange wurde Ihr Kind ausschließlich gestillt?</b>   |                       |                                   |                        |  |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/> Nie gestillt <input type="radio"/> Unter 2 Monate <input type="radio"/> 2 bis unter 4 Monate <input type="radio"/> 4 bis unter 6 Monate <input type="radio"/> Länger als 6 Monate                    |                       |                                   |                        |  |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| <b>16. Wie lange besucht/e Ihr Kind bisher insgesamt eine Tagespflege und/oder Kindertagesstätte?</b>  |                       |                                   |                        |  |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/> Gar nicht <input type="radio"/> Unter 1 Jahr <input type="radio"/> Über 1 Jahr <input type="radio"/> Über 2 Jahre <input type="radio"/> Über 3 Jahre <input type="radio"/> Über 4 Jahre              |                       |                                   |                        |  |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| <b>17. Wie viele Kinder und Erwachsene leben insgesamt in Ihrem Haushalt?</b>  |                       |                                   |                        |  |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| Anzahl Kinder: _____ Anzahl Erwachsene: _____  |                       |                                   |                        |  |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| <b>18. Bei wem lebt Ihr Kind hauptsächlich? Bitte nur ein Feld ankreuzen.</b>  |                       |                                   |                        |  |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/> Bei den leiblichen Eltern  |                       |                                   |                        | <input type="radio"/> Im Heim                      |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| Bei der Mutter...  |                       |                                   |                        | Bei dem Vater                                      |                         |                       |                       | <input type="radio"/> Bei Pflegeeltern/Adoptiveltern             |                       |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/> ... mit Partner*in   |                       |                                   |                        | <input type="radio"/> ... mit Partner*in           |                         |                       |                       | <input type="radio"/> Bei anderen Familienmitgliedern/Verwandten |                       |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/> ...alleinerziehend   |                       |                                   |                        | <input type="radio"/> ...alleinerziehend           |                         |                       |                       | <input type="radio"/> Bei anderen Personen und zwar: _____       |                       |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/> Im Wechselmodell _____   |                       |                                   |                        |  |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| <b>19. In welchem Land wurden Sie, Ihr/e Partner/in und Ihr Kind geboren?</b>  |                       |                                   |                        |  |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, die/der nicht die/der leibliche Mutter/Vater des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.                            |                       |                                   |                        |  |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| <b>Geburtsland</b>   |                       |                                   |                        |  |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| ...des Kindes:   |                       | <input type="radio"/> Deutschland |                        | <input type="radio"/> anderes Land und zwar: _____ |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| ...der Mutter:   |                       | <input type="radio"/> Deutschland |                        | <input type="radio"/> anderes Land und zwar: _____ |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| ...des Vaters:   |                       | <input type="radio"/> Deutschland |                        | <input type="radio"/> anderes Land und zwar: _____ |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| <b>20. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie, Ihr/e Partner/in und Ihr Kind?</b>  |                       |                                   |                        |  |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, die/der nicht die/der leibliche Mutter/Vater des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein. Mehrfachnennungen möglich. |                       |                                   |                        |  |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| ...des Kindes:   |                       | <input type="checkbox"/> Deutsch  |                        | <input type="checkbox"/> andere und zwar: _____    |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| ...der Mutter:   |                       | <input type="checkbox"/> Deutsch  |                        | <input type="checkbox"/> andere und zwar: _____    |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| ...des Vaters:   |                       | <input type="checkbox"/> Deutsch  |                        | <input type="checkbox"/> andere und zwar: _____    |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| <b>21. Welche Sprache oder Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? Mehrfachnennungen möglich.</b>   |                       |                                   |                        |  |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |
| <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> andere und zwar: _____   |                       |                                   |                        |  |                         |                       |                       |  |                       |                       |                       |                       |

**22. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie und Ihr/e Partner/in?**

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, die/der nicht die/der leibliche Mutter/Vater des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

|  | Mutter                | Vater                 |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Kein Abschluss   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Förderschulabschluss   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hauptschulabschluss, Berufsbildungsreife                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Erweiterte Berufsbildungsreife (EBR), Fachoberschulreife (FOR) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Realschulabschluss, MSA, 10. Klasse-Abschluss, mittlere Reife  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Abitur, Fachhochschulreife, Fachabitur                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**23. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung? Wenn ja, welche? Bitte nennen Sie den höchsten Abschluss für beide Elternteile.**

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, die/der nicht die/der leibliche Mutter/Vater des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

|  | Mutter                | Vater                 |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Ohne Berufsausbildung                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| In Ausbildung/Studium                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Abgeschlossene Berufsausbildung/Fachschulabschluss | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| (Fach-) Hochschulabschluss                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**24. Inwieweit sind Sie und Ihr/e Partner/in erwerbstätig?**

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, die/der nicht die/der leibliche Mutter/Vater des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

Unter "nicht erwerbstätig" werden Personen verstanden, die weniger als eine Stunde pro Woche erwerbstätig sind.

|                     | Mutter                | Vater                 |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| Vollzeitbeschäftigt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Teilzeitbeschäftigt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nicht erwerbstätig  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**25. Möchten Sie uns noch etwas zur Entwicklung Ihres Kindes mitteilen?**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten