



Name des Kindes:

Datum:

Aktuelle Entwicklung und Erkrankungen		
ja	Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?	nein
nein	Gibt es bei Ihrem Kind schwerwiegende / chronische Erkrankungen? Wenn ja, welche: _____ Wie sehr ist Ihr Kind dadurch beeinträchtigt: <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> kaum <input type="checkbox"/> deutlich <input type="checkbox"/> massiv	ja
nein	Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche: _____	ja
neinLaufen aktuell Behandlungen? <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> psycholog.Mitbetreuung <input type="checkbox"/> andere: _____	ja
nein	Gibt es bei Ihrem Kind bekannte Allergien? Wenn ja, welche: _____	ja
ja	Ist bei Ihrem Kind in den letzten 2 Jahren ein Sehtest durchgeführt wurden?	nein
nein	Nässt Ihr Kind manchmal noch ein? Wenn ja: <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> nachts	ja
Schule		
	Welche Schule besucht Ihr Kind? _____ Welche Klasse besucht Ihr Kind? _____	
nein	Hat es Schwierigkeiten in der Schule? <input type="checkbox"/> mit Noten <input type="checkbox"/> mit Mitschülern <input type="checkbox"/> mit Lehrern	ja
	Wer betreut Ihr Kind nach der Schule? <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Großeltern <input type="checkbox"/> Hort <input type="checkbox"/> _____	
Freizeit /Medien		
	Wie viel Zeit bewegt sich ihr Kind am Tag? <input type="checkbox"/> <1h <input type="checkbox"/> 1-3 h <input type="checkbox"/> >3 h	
ja	Kann Ihr Kind Schwimmen?	nein
	Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind an Bildschirmen? <input type="checkbox"/> <1h <input type="checkbox"/> 1-3 h <input type="checkbox"/> >3 h	

Ernährung		
nein	Macht Ihnen das Essverhalten Ihres Kindes Sorgen?	ja
nein	Ernährt sich Ihr Kind vegetarisch oder vegan?	ja
Soziales Umfeld		
nein	Gibt es besondere Belastungen in Ihrer Familie?	ja
ja	Hat sich die Zusammensetzung Ihrer Familie geändert?	nein
Soziale / emotionale Kompetenz		
nein	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit der Stimmung?	ja
nein	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten im Verhalten?	ja
nein	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten im Umgang mit Anderen?	ja

Datum und Unterschrift Elternteil