



Fragebogen

zum schulärztlichen Untersuchung im Kindergarten

Name und Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum | Anzahl Geschwister _____

Adresse _____

Telefon-Nummer | E-Mail _____

Haus- und/oder Kinderärztin/-arzt _____

Angaben über die Entwicklung

Geburtsgewicht _____ Gramm | Alter Kindergarten Start _____ Jahre

Auffälligkeiten/Probleme im Kindergarten nein ja | welche? _____

Soziale Integration gut schwierig evtl. Probleme

Angaben über Krankheiten/Allergien

Hauterkrankungen	Asthma/Heuschnupfen	ander Allergien	Angina
Mittelohrentzündung	Hörstörung	Verdauungsstörungen	
Nieren-/Blasenerkrankung	Hüftleiden	Herzfehler	andere Geburtsgebrechen
Sehstörung/Brille	Epilepsie	Kopfweh/Migräne	Bewegungsstörungen
Sprachstörungen	Schlafstörungen	Bettnässen	Bauchweh/Essverhalten

Therapien

Psychomotorik	Ergotherapie	Heilpädagogische Frühförderung
Logopädie	andere	Deutsch Stützunterricht

Steht das Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?

nein ja | welche? _____

Bemerkungen _____

Datum _____ Unterschrift der Eltern _____

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit der Impfkarte in das Kuvert und geben Sie dieses verschlossen der Lehrerin/dem Lehrer ab. Besten Dank.