

Angaben zur Gesundheitsvorgeschichte

Landkreis Gießen
Der Kreisausschuss
Gesundheitsamt
Postfach 110760
35352 Gießen

Einschulungskind

Männlich Weiblich

Nachname: Vorname:

Straße:

Postleitzahl: Ort:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Kinder- oder Hausarzt:

Weitere Fachärzte:

Kita: Zuständige Schule:

Eltern: verheiratet nicht verheiratet getrennt lebend geschieden

Geschwister (Geburtsjahr):

1.	2.	3.	4.
----	----	----	----

Mutter

Nachname: Vorname:

Straße:

Postleitzahl: Ort:

Geburtsdatum: Staatsangehörigkeit:

Telefon:

Vater

Nachname: Vorname:

Straße:

Postleitzahl: Ort:

Geburtsdatum: Staatsangehörigkeit:

Telefon:

Familienvorgeschichte (Eltern oder Geschwister des Kindes)

- Brillen-/Kontaktlinsenträger Lese-Rechtschreibschwäche
 Rechenschwäche Schilddrüsenerkrankung
 Chron. Erkrankungen/Behinderungen _____

Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung

- Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft _____
 Normalgeburt Frühgeburt Kaiserschnitt Fehlbildungen: _____

Geburtsgewicht (g): Freies Laufen mit: Monaten

Nachts ohne Windeln mit: Jahren Tags ohne Windeln mit : Jahren

Erste Worte mit: Jahren Erste Sätze mit: Jahren

- Wächst mehrsprachig auf, in folgenden Sprachen _____

Welche Sprache haben Sie mit Ihrem Kind in den ersten 3 Lebensjahren vorwiegend gesprochen?

Überstandene Erkrankungen/Unfälle

- Windpocken schwere Infektionskrankheiten _____
 andere schwere Erkrankungen _____
 Unfälle _____
 Krankenhausaufenthalte _____

Derzeitige Gesundheitsstörungen

- Sehstörung Hörstörung
Brille/Schielbehandlung/Sehschule seit: _____ Hörhilfen: _____

KISS-Sprachtest in der Kita: Ja Nein

- Sprachstörung

Fördermaßnahmen/Therapien: _____

Sprachtherapie von/bis: _____

Psychomotorik von/bis: _____

Ergotherapie von/bis: _____

Regelmäßige Medikamente/Dosierung _____

Oft in ärztlicher Behandlung wegen: _____

Persönliche Besonderheiten

- Bewegungsunruhe Konzentrationsschwäche Ängstlichkeit
 Ungeschicklichkeit Einnässen/Einkoten Verzögerte Entwicklung
 Sonstiges: _____

Eingliederungshilfen

Integrationsplatz im Kindergarten von: bis

Frühförderung von: bis

Bei _____

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in