

**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 _ _ . _ . _ _ _ _
Name(n) und Anschrift(en) der/des Personensorgeberechtigten		Telefon/Handy

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

Schwerbehindertenausweis vorhanden? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Ggf. Grad der Behinderung _____	Ggf. Pflegegrad <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/ Augenentzündung	<input type="checkbox"/> Tumor/Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Schilddrüsen- funktionsstörung
<input type="checkbox"/> ADS/ADHS	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Hüfterkrankung	<input type="checkbox"/> Andere, und zwar _____
<input type="checkbox"/> Sprachauffälligkeit	<input type="checkbox"/> Allergische Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> Wirbelsäulenleiden	<input type="checkbox"/> Andere, und zwar _____
<input type="checkbox"/> Sehstörung	<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Bewegungsstörung	
<input type="checkbox"/> Hörstörung	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie/- unverträglichkeit	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	
<input type="checkbox"/> Herzfehler/Herzkrankung		<input type="checkbox"/> Autismus-Spektrum-Störung (ASS)	
<input type="checkbox"/> Nieren- und Harnwegs- 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 _____
<input type="checkbox"/> Borreliose	<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Rotavirus-Infektion	<input type="radio"/> Keine
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Scharlach	

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 _____
<input type="checkbox"/> Hals-/Mandelentzündung	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> Cerebraler Krampfanfall	<input type="radio"/> Keine
<input type="checkbox"/> Pseudokrapp-Anfall	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Infektion	<input type="checkbox"/> Blasen- und Harnwegsentzündung	

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="radio"/> Keine
<input type="checkbox"/> Bettnässen	<input type="checkbox"/> Aggressivität	<input type="checkbox"/> Unüberlegte/riskante Handlungen	
<input type="checkbox"/> Einkoten	<input type="checkbox"/> Schlafstörung		

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 _____
<input type="checkbox"/> Zahnarzt	<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren-Arzt	<input type="checkbox"/> Chirurg/Orthopäde	<input type="radio"/> Bei keinen
<input type="checkbox"/> Kieferorthopäde	<input type="checkbox"/> Hautarzt	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiater	

6. Welche Behandlungen oder Unterstützungen hat Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten erhalten?*Mehrfachnennungen möglich.*

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Logopädie | <input type="checkbox"/> Integrationskita | <input type="checkbox"/> Psychologische Behandlung/Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Anderes, und zwar _____ |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> Einzelintegration | <input type="checkbox"/> Psychiatrische
Institutionsambulanz (PIA) | |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie/
Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Sprachförderung in der Kita | | |
| <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum
(SPZ): Name/Ort: _____ | <input type="checkbox"/> Frühförder- u. Beratungs-
stelle | | <input type="radio"/> Keine |

7. Welche Hilfsmittel nutzt Ihr Kind?*Mehrfachnennungen möglich.*

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sehhilfe (z. B. Brille) | <input type="checkbox"/> Orthese | <input type="checkbox"/> Anderes, und zwar _____ |
| <input type="checkbox"/> Hörhilfe | <input type="checkbox"/> Zahnersatz (Prothese, Platzhalter) | <input type="radio"/> Keine |

8. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

- Ja Namen der Medikamente: _____ Nein

9. Muss Ihr Kind Notfallarzneimittel mit sich führen? Wenn ja, welche?

- Ja Namen der Medikamente: _____ Nein

10. Wurde Ihr Kind jemals ambulant oder in einem Krankenhaus operiert?

- Ja Nein

Wenn ja, welche Operationen wurden durchgeführt? *Mehrfachnennungen möglich.*

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Paukenröhrchen | <input type="checkbox"/> Nabelbruch | <input type="checkbox"/> Blutschwamm | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar _____ |
| <input type="checkbox"/> Polypenentfernung | <input type="checkbox"/> Phimose/Vorhautverengung | <input type="checkbox"/> Hodenhochstand | |
| <input type="checkbox"/> Gaumenmandel-
entfernung/-verkleinerung | <input type="checkbox"/> Leistenbruch | | |

11. Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall, der ärztlich behandelt wurde?

- Ja Nein

Wenn ja, welche Verletzung hat sich das Kind bei dem Unfall zugezogen und wo ist der Unfall passiert?Bitte kreuzen Sie in der Tabelle die Verletzung und den Unfallort an. *Mehrfachnennungen möglich.*

	Zu Hause	In der Kita	In der Freizeit	Im Straßenverkehr	Anderer Ort
Prellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstauchung/Verrenkung/Ausrenkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offene Wunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehirnerschütterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbrühung/Verbrennung/Verätzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergiftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Anderer Verletzung, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen dienen ausschließlich der Gesundheitsberichterstattung der Kommunen und des Landes Brandenburg. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Sie können auch einzelne Fragen unbeantwortet lassen. Ihnen und Ihrem Kind entstehen daraus keine Nachteile. Die Datenübermittlung und -auswertung erfolgt anonymisiert.

12. Sind bzw. waren Sie und Ihr Kind im Netzwerk Gesunde Kinder?

- Ja Nein

Wenn ja, seit wann bzw. wie lange?

- Unter 1 Jahr Über 1 Jahr Über 2 Jahre Über 3 Jahre

13. Wie lange sieht Ihr Kind durchschnittlich pro Tag Fernsehen, Videos, Streamingdienste oder spielt mit der Spielekonsole, dem Smartphone oder anderen elektronischen Geräten?

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"/>
Wochenende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Wie viele Stunden pro Woche...

	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?	--'--	--'--

15. Wie lange wurde Ihr Kind ausschließlich gestillt?

- Nie gestillt Unter 2 Monate 2 bis unter 4 Monate 4 bis unter 6 Monate Länger als 6 Monate

16. Wie lange besucht/e Ihr Kind bisher insgesamt eine Tagespflege und/oder Kindertagesstätte?

- Gar nicht Unter 1 Jahr Über 1 Jahr Über 2 Jahre Über 3 Jahre Über 4 Jahre

17. Wie viele Kinder und Erwachsene leben insgesamt in Ihrem Haushalt?

Anzahl Kinder: _____ Anzahl Erwachsene: _____

18. Bei wem lebt Ihr Kind hauptsächlich? Bitte nur ein Feld ankreuzen.

- Bei den leiblichen Eltern Im Heim
Bei der Mutter... Bei dem Vater Bei Pflegeeltern/Adoptiveltern
 ... mit Partner*in ... mit Partner*in Bei anderen Familienmitgliedern/Verwandten
 ...alleinerziehend ...alleinerziehend Bei anderen Personen und zwar: _____
 Im Wechselmodell

19. In welchem Land wurden Sie, Ihr/e Partner/in und Ihr Kind geboren?

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.

Geburtsland

- ...des Kindes: Deutschland anderes Land und zwar: _____
...der Mutter: Deutschland anderes Land und zwar: _____
...des Vaters: Deutschland anderes Land und zwar: _____

20. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie, Ihr/e Partner/in und Ihr Kind?

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: Deutsch andere und zwar: _____
...der Mutter: Deutsch andere und zwar: _____
...des Vaters: Deutsch andere und zwar: _____

21. Welche Sprache oder Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? Mehrfachnennungen möglich.

- Deutsch 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