



ich komme in die Schule



UNIVERSITÄTSmedizin.
MAINZ

Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie
und Informatik (IMBEI)

Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Maria Blettner
Direktorin

Abteilung für Pädiatrische Epidemiologie
Univ.-Prof. Dr. med. Michael S. Urschitz, EU-M.Sc.
Abteilungsleiter



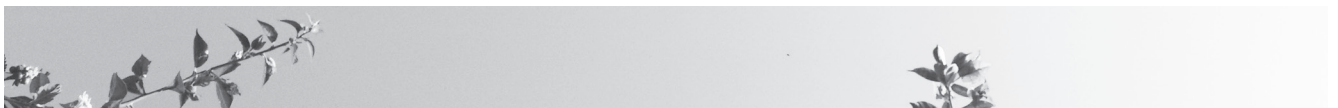
In Kooperation mit:

Studienkoordination ikidS-Waldorf
IPSUM - Außenstelle Oberursel
Dr. med. Martina Franziska Schmidt
Adenauerallee 19
D-61440 Oberursel
(Tel: Mo.15-18 Uhr, Do. 9-13 Uhr, Fr. 9-12 Uhr)
Telefon: +49 (0)6171 887 2777
Telefax: +49 (0)6171 883 877
E-Mail: ikids-waldorf@t-online.de

Eltern-Fragebogen Nr. 1



Einschulung und Gesundheit - Forschung für Kinder ikidS Waldorf



Liebe Eltern

Sie benötigen etwa 20 bis 30 Minuten für die Beantwortung der Fragen.

Bitte lassen Sie sich von unbekannten medizinischen Ausdrücken nicht verunsichern. Falls das Kind diese Krankheit nicht hat/hatte, müssen Sie diese Bezeichnungen nicht kennen.

Einige Fragen erscheinen Ihnen eventuell für Ihr Kind nicht zutreffend. Kreuzen Sie bitte die Antwort an, die am ehesten für das Kind zutrifft, und setzen Sie keine Kreuze zwischen die Kästchen. Sie können auch einzelne Fragen auslassen, die Sie nicht beantworten möchten oder können.

Sollten Sie eine Antwort korrigieren wollen, so streichen Sie diese durch, kreuzen die korrekte Antwort an und machen Sie zusätzlich einen Kreis um die neue Antwort.

1. Dieser Fragebogen wird ausgefüllt am:

____ / ____ / ____
Tag Monat Jahr

2. Wer beantwortet diesen Fragebogen? (Mehrfachnennung möglich)

Mutter/Sorgeberechtigte ☐ Großmutter ☐ Pflegemutter ☐ Geschwister des Kindes ☐

Vater/Sorgeberechtigter ☐ Großvater ☐ Pflegevater ☐

Andere Person, nämlich _____

3. Das Kind besucht zurzeit...

Keine Einrichtung ☐Förderkindergarten ☐Kindergarten/Kindertagesstätte..... ☐Waldorfkindergarten..... ☐Tagespflege ☐Es ist dort in: Halbtagsbetreuung ☐Ganztagsbetreuung..... ☐

Das Kind besucht seit ____ Jahren die jetzige Einrichtung

Name und Ort des Kindergartens / der KiTa: _____

4. In welche Schule wird das Kind in die 1. Klasse eingeschult?

Das Kind wird in diesem Jahr noch nicht eingeschult..... ☐Weiß nicht ☐Regelgrundschule..... ☐ Schwerpunktgrundschule..... ☐Waldorfschule..... ☐ Förderschule..... ☐

Name und Ort der Schule: _____

5. Wurde bei dem Kind sonderpädagogischer Förderbedarf überprüft?

Nein ... ☐Ja ... ☐Weiß nicht ☐

Falls ja, wurde Förderbedarf festgestellt?

Nein ... ☐Ja ... ☐Weiß nicht ☐

A: Fragen zur Geburt

1. Wo wurde das Kind geboren? (Bitte im Mutterpass oder im gelben Vorsorgeheft des Kindes nachsehen)

In einer Klinik ☐ Name und Ort der Geburtsklinik _____Geburtshaus..... ☐ Name und Ort des Geburtshauses _____Zu Hause..... ☐Anderer Geburtsort (z. B. Flugzeug, Taxi, u. a.) ☐ _____Unbekannter Geburtsort..... ☐

2. Wie schwer und wie groß war das Kind bei der Geburt? (Bitte im Mutterpass oder im gelben Vorsorgeheft des Kindes nachsehen)

Gewicht: _____ Gramm

Grösse: _____ cm

Unbekannt..... ☐



3. In welcher Schwangerschaftswoche wurde das Kind geboren? (Bitte im Mutterpass oder im gelben Vorsorgeheft des Kindes nachsehen)

_____ Schwangerschaftswoche

Unbekannt..... ☐

4. Wurde bei dem Kind jemals eine angeborene Fehlbildung festgestellt? (z.B. Nierenstau, Lippenpalte, Nabelbruch, Loch in der Herzwand, Hüftfehlstellung etc.)

Nein... ☐

Ja... ☐

Weiß nicht... ☐

Falls ja, welche Fehlbildung? _____ Weiß nicht... ☐

Falls ja, wann wurde die Diagnose gestellt? _____ Weiß nicht... ☐

Vor Geburt ☐

Innerhalb der ersten Lebenswoche..... ☐

Im ersten Lebensjahr..... ☐

Zwischen dem ersten Geburtstag und heute..... ☐

Weiß nicht... ☐

Falls ja, hat sich der ursprüngliche Befund verändert?

Der Befund hat sich gebessert ☐

Der Befund ist unverändert ☐

Der Befund hat sich verschlimmert ☐

Weiß nicht... ☐

Falls ja, war eine Behandlung , Therapie oder Operation notwendig?

Nein... ☐

Ja... ☐

Weiß nicht... ☐

Falls ja, welche? _____

B: Fragen zur Gesundheit des Kindes

1. Welche der folgenden Infektionskrankheiten hatte das Kind in den letzten 12 Monaten und wie oft? (Falls das Kind keine dieser Krankheiten hatte, tragen Sie bitte jeweils eine 0 ein)

Erkältung, grippaler Infekt Mal
 Mandelentzündung (Angina) Mal
 Herpes-Infektion: Bläschen an Lippen und/oder Nase Mal
 Pseudokrapp-Anfall Mal
 Mittelohrentzündung (Otitis media) Mal
 Durchfallerkrankung, Magen-Darm-Infektion Mal
 Lungenentzündung Mal
 Andere, welche? Mal

Wie oft hatte das Kind bei diesen Krankheiten ...

... Fieber Mal
 ... Fieberkrämpfe Mal

2. Hatte das Kind in den letzten 12 Monaten folgende von einem Arzt diagnostizierte chronische Krankheiten? (Bitte setzen Sie ein Kreuz bei jeder Erkrankung)

	Nein	Ja		Nein	Ja
Allergische Hautausschläge	☐	☐	Wirbelsäulenleiden.....	☐	☐
Nahrungsmittelallergien	☐	☐	Krampfleiden (Epilepsie)	☐	☐
Neurodermitis.....	☐	☐	Tumor-/Krebserkrankung.....	☐	☐
Chronische Bronchitis.....	☐	☐	Rheuma.....	☐	☐
Asthma bronchiale.....	☐	☐	Autismus.....	☐	☐
Heuschnupfen	☐	☐	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS) ...	☐	☐
Spastische Bronchitis	☐	☐	Schilddrüsenerkrankung.....	☐	☐
Vergrößerte Polypen (Adenoide)	☐	☐	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus).....	☐	☐
Vergrößerte Mandeln (Tonsillen)	☐	☐	Chronische Harnwegsinfekte.....	☐	☐

Hatte/hat das Kind eine chronische Krankheit, die bisher nicht genannt wurde?

.....

3. Hatte das Kind in den letzten 12 Monaten folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen?

(Bitte setzen Sie ein Kreuz bei jeder Beeinträchtigung)

	Nein	Ja		Nein	Ja
Sehstörung/Fehlsichtigkeit	☐	☐	Einkoten	☐	☐
Hörstörung	☐	☐	Ängstlichkeit	☐	☐
Sprachauffälligkeiten	☐	☐	Aggressivität	☐	☐
Entwicklungsverzögerung	☐	☐	Motorische Unruhe	☐	☐
Konzentrationsstörung	☐	☐	Schlafstörung	☐	☐
Übergewicht	☐	☐	Regelmäßiges Schnarchen	☐	☐
Untergewicht	☐	☐	Mundatmung/Behinderte Nasenatmung ...	☐	☐
Einnässen	☐	☐	Ausgeprägte Tagesmüdigkeit	☐	☐

Hatte/hat das Kind eine andere Beeinträchtigung, die bisher nicht genannt wurde?**4. Hatte das Kind folgende Auffälligkeiten in den letzten 12 Monaten, die nicht im Zusammenhang mit einer Verletzung aufgetreten sind?** (Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

	Nein	Ja	Falls ja, wo?
Gelenkschmerzen	☐	☐	
Gelenkschwellungen	☐	☐	
Bewegungseinschränkungen (z. B. Hinken, steife Finger)	☐	☐	

5. Hatte das Kind in den letzten 12 Monaten ... (Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

	Nein	Ja	Weiß nicht
... beim Atmen pfeifende oder keuchende Geräusche im Brustkorb?	☐	☐	☐
... nachts einen trockenen Reizhusten, obwohl es keine Erkältung oder Bronchitis hatte?	☐	☐	☐
... Niesanfälle oder eine laufende, verstopfte oder juckende Nase, obwohl es nicht erkältet war?	☐	☐	☐
... einen juckenden Hautausschlag, der stärker oder schwächer über mindestens 6 Monate auftrat?	☐	☐	☐

6. Hatte das Kind in den letzten 12 Monaten allergische Reaktionen oder Unverträglichkeiten, nachdem es bestimmte Lebensmittel gegessen oder getrunken hat?Nein...☐ Ja...☐ Weiß nicht...☐

Falls ja, welche Lebensmittel hat das Kind nicht vertragen?

7. Hat sich das Kind in den letzten 12 Monaten durch einen Unfall verletzt und musste deshalb ärztlich behandelt werden?

 Nein ... ☐ Ja ... ☐

Falls ja, wie oft hatte das Kind in den letzten 12 Monaten einen Unfall? _____ Mal

8. Wie oft fehlte das Kind in den letzten 12 Monaten krankheitsbedingt im Kindergarten?

(Versuchen Sie die Anzahl der Tage aus Ihrer Erinnerung zu schätzen. Falls das Kind keinen Tag gefehlt hat, tragen Sie bitte eine 0 ein.)

_____ Fehltage

9. Hatte Ihr Kind in den letzten drei Monaten folgende Auffälligkeiten? (Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

	Nein	Ja, einmalig	Ja, wiederholt
Kopfschmerzen	☐	☐	☐
Bauchschmerzen	☐	☐	☐
Rückenschmerzen	☐	☐	☐

10. Wie häufig neigte das Kind in den letzten drei Monaten zu folgenden Auffälligkeiten?

(Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

	Nie	Etwa 1-3Mal pro Monat	Etwa 1-2Mal pro Woche	Etwa 3-7Mal pro Woche	Mehrmals täglich
Das Kind wurde leicht blass	☐	☐	☐	☐	☐
Das Kind bekam leicht kalte Hände	☐	☐	☐	☐	☐

C: Ernährung, Bewegung, Freizeit

1. Wie schätzen Sie aktuell den Appetit des Kindes ein?

- a. Das Kind isst gut und muss nicht zum Essen ermuntert werden ☐
- b. Das Kind isst sehr schlecht und muss häufig zum Essen ermuntert werden ☐
- c. Das Kind isst sehr viel und muss häufig im Essen gebremst werden ☐

2. Wie häufig erhält das Kind folgende Lebensmittel? (Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

	Nie/selten	Gelegentlich	Häufig/immer
a. Lebensmittel aus konventionellem Anbau	☐	☐	☐
b. Lebensmittel aus biologischem Anbau	☐	☐	☐
c. Lebensmittel aus biologisch-dynamischem Anbau	☐	☐	☐

3. Wie häufig... (Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

... spielt das Kind aktuell im Freien?	Fast jeden Tag	3-5x/ Woche	1-2x/ Woche	Seltener	Nie
Im eigenen Garten	☐	☐	☐	☐	☐
Auf der Straße	☐	☐	☐	☐	☐
Auf einem Spielplatz.....	☐	☐	☐	☐	☐
In einem naturnahen Raum /Wald	☐	☐	☐	☐	☐
... treibt das Kind Sport in einem Verein?	☐	☐	☐	☐	☐
... treibt das Kind Sport außerhalb eines Vereins?	☐	☐	☐	☐	☐

4. Gibt es in Ihrem Wohnumfeld genug Freiräume wie öffentliche Spielflächen, Grünflächen, Straßenräume oder Sportflächen innerhalb einer Entfernung von etwa 400m, die als Spiel-, Erlebnis- und Aufenthaltsraum nutzbar sind?

Nein...☐

Ja...☐

Weiß nicht...☐

5. Wie viel Zeit verwendet das Kind in der Regel wöchentlich außerhalb des Kindergartens / der KiTa für die folgenden Tätigkeiten? (Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

	Weniger als 1 Std.	1-5 Std.	Mehr als 5 Std.	Weiß nicht
Malen oder Basteln	☐	☐	☐	☐
Kinderbücher ansehen	☐	☐	☐	☐
Hörspiele anhören	☐	☐	☐	☐
Vorgelesene Geschichten.....	☐	☐	☐	☐

6. Welche der folgenden Dinge besitzt das Kind persönlich? (Bitte setzen Sie ein Kreuz zu jeder Aussage)

	Nein	Ja		Nein	Ja
Laptop	☐	☐	Smartphone.....	☐	☐
Tablet-PC	☐	☐	Anderes Handy	☐	☐
PC.....	☐	☐	Spielkonsole.....	☐	☐
iPod oder MP3-Player.....	☐	☐			

7. Hat das Kind ein Fernsehgerät in seinem Zimmer?

Nein...☐

Ja...☐

8. Hat das Kind einen Computer (auch Laptop) in seinem Zimmer?

Nein...☐

Ja, ohne Internetanschluss...☐

Ja, mit Internetanschluss...☐

9. Besucht das Kind eine Musikschule, erhält es musikalische Früherziehung oder lernt es ein Instrument?

Nein...☐

Ja...☐

D: Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität des Kindes

Bitte überlegen Sie, wie sich das Kind in der letzten Woche gefühlt hat.

Kreuzen Sie **in jeder Zeile** die Antwort an, die für das Kind am besten zutrifft.

1. Körperliches Wohlbefinden

In der letzten Woche ...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
a. ... hat mein Kind sich krank gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐
b. ... hatte mein Kind Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
c. ... war mein Kind müde und schlapp	☐	☐	☐	☐	☐
d. ... hatte mein Kind viel Kraft und Ausdauer	☐	☐	☐	☐	☐

2. Seelisches Wohlbefinden

In der letzten Woche ...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
a. ... hat mein Kind viel gelacht und Spaß gehabt	☐	☐	☐	☐	☐
b. ... hatte mein Kind zu nichts Lust	☐	☐	☐	☐	☐
c. ... hat mein Kind sich allein gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐
d. ... hat mein Kind sich ängstlich oder unsicher gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐

3. Selbstwert

In der letzten Woche ...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
a. ... war mein Kind stolz auf sich	☐	☐	☐	☐	☐
b. ... fühlte mein Kind sich wohl in seiner Haut	☐	☐	☐	☐	☐
c. ... mochte mein Kind sich selbst leiden	☐	☐	☐	☐	☐
d. ... hatte mein Kind viele gute Ideen	☐	☐	☐	☐	☐

4. Familie

In der letzten Woche ...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
a. ... hat mein Kind sich gut mit uns als Eltern verstanden	☐	☐	☐	☐	☐
b. ... hat mein Kind sich zu Hause wohl gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐
c. ... hatten wir schlimmen Streit zu Hause	☐	☐	☐	☐	☐
d. ... fühlte mein Kind sich durch mich bevormundet	☐	☐	☐	☐	☐

5. Freunde

In der letzten Woche ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
a. ... hat mein Kind mit Freunden gespielt	☐	☐	☐	☐	☐
b. ... ist mein Kind bei anderen „gut angekommen“	☐	☐	☐	☐	☐
c. ... hat mein Kind sich gut mit seinen Freunden verstanden	☐	☐	☐	☐	☐
d. ... hatte mein Kind das Gefühl, dass es anders ist als die anderen	☐	☐	☐	☐	☐

6. Vorschule/Kindergarten

In der letzten Woche, in der mein Kind in der Vorschule/im Kindergarten war ...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
a. ... hat mein Kind die Aufgaben in der Vorschule/im Kindergarten gut geschafft	☐	☐	☐	☐	☐
b. ... hat meinem Kind die Vorschule/der Kindergarten Spaß gemacht	☐	☐	☐	☐	☐
c. ... hat mein Kind sich auf die Vorschule/den Kindergarten gefreut	☐	☐	☐	☐	☐
d. ... hat mein Kind bei kleineren Aufgaben oder Hausaufgaben viele Fehler gemacht	☐	☐	☐	☐	☐

7. Weitere Fragen zum Wohlbefinden

In der letzten Woche ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
a. ... war mein Kind fröhlich und gut gelaunt	☐	☐	☐	☐	☐
b. ... hat mein Kind sich körperlich gerne bewegt	☐	☐	☐	☐	☐
c. ... konnte mein Kind sich gut auf neue Situationen einstellen	☐	☐	☐	☐	☐
d. ... hatte mein Kind Schwierigkeiten mit Erziehern/Betreuern	☐	☐	☐	☐	☐
e. ... war mein Kind passiv, konnte wenig Initiative ergreifen	☐	☐	☐	☐	☐
f. ... hat mein Kind Konflikte mit anderen vermieden	☐	☐	☐	☐	☐
g. ... konnte mein Kind sich gegenüber anderen behaupten	☐	☐	☐	☐	☐
h. ... hat mein Kind wenig spontan bzw. zurückhaltend reagiert	☐	☐	☐	☐	☐
i. ... war mein Kind erschöpft	☐	☐	☐	☐	☐
j. ... war der Gang meines Kindes schwerfällig	☐	☐	☐	☐	☐
k. ... hat sich mein Kind nach Belastungen oder Anstrengungen gut erholen können	☐	☐	☐	☐	☐
l. ... haben die Mahlzeiten mein Kind belastet	☐	☐	☐	☐	☐
m. ... war mein Kind angestrengt	☐	☐	☐	☐	☐
n. ... war mein Kind desinteressiert oder teilnahmslos	☐	☐	☐	☐	☐
o. ... war mein Kind schlecht gelaunt und quengelig	☐	☐	☐	☐	☐

E: Stärken und Schwächen des Kindes

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ oder „Eindeutig zutreffend“.

Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten des Kindes in den letzten sechs Monaten.

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
1. Rücksichtsvoll	☐	☐	☐
2. Unruhig, überaktiv, kann nicht lange still sitzen	☐	☐	☐
3. Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	☐	☐	☐
4. Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.) ...	☐	☐	☐
5. Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	☐	☐	☐
6. Einzelgänger; spielt meist allein	☐	☐	☐
7. Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	☐	☐	☐
8. Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	☐	☐	☐
9. Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	☐	☐	☐
10. Ständig zappelig	☐	☐	☐
11. Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	☐	☐	☐
12. Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	☐	☐	☐
13. Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	☐	☐	☐
14. Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	☐	☐	☐
15. Leicht ablenkbar, unkonzentriert	☐	☐	☐
16. Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	☐	☐	☐
17. Lieb zu jüngeren Kindern	☐	☐	☐
18. Lügt oder mogelt häufig	☐	☐	☐
19. Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	☐	☐	☐
20. Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	☐	☐	☐
21. Denkt nach, bevor er/sie handelt	☐	☐	☐
22. Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	☐	☐	☐
23. Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	☐	☐	☐
24. Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	☐	☐	☐
25. Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	☐	☐	☐

F: Therapie und Förderung

1. Braucht das Kind mehr medizinische Versorgung, psychosoziale und pädagogische Unterstützung, als es für Kinder in diesem Alter üblich ist?

Nein... ☐ Ja... ☐

Falls ja: Geschieht dies aufgrund einer Krankheit, Verhaltensstörung oder eines anderen gesundheitlichen Problems? ☐ ☐ Nein Ja

Dauert dieses Problem bereits 12 Monate an oder ist eine Dauer von mindestens 12 Monaten zu erwarten? ☐ ☐

2. Bei welchen Ärzten oder Therapeuten war das Kind in den letzten 12 Monaten?

(Bitte setzen Sie ein Kreuz zu jeder Aussage)

	Nein	Ja		Nein	Ja
Kinderarzt.....	☐	☐	Chirurg.....	☐	☐
Hausarzt.....	☐	☐	Orthopäde.....	☐	☐
Zahnarzt.....	☐	☐	Urologe.....	☐	☐
Kieferorthopäde.....	☐	☐	Kinder- und Jugendpsychiater	☐	☐
Augenarzt.....	☐	☐	Psychotherapeut.....	☐	☐
HNO-Arzt	☐	☐	Heilpraktiker	☐	☐
Hautarzt	☐	☐	Anthroposophischer Arzt	☐	☐
			Arzt für Naturheilkunde.....	☐	☐

Bei anderen, nämlich:

3. Von welchem Arzt wird das Kind hauptsächlich betreut?

Vom Allgemeinarzt (Hausarzt)..... ☐ Vom Kinderarzt..... ☐ Vom Arzt einer Spezialambulanz..... ☐

Befindet sich die Praxis/Spezialambulanz dieses betreuenden Arztes an Ihrem Wohnort?

Nein... ☐ Ja... ☐

Falls nein, in welchem Ort?

4. Wurden bei dem Kind in den letzten 12 Monaten folgende Behandlungen durchgeführt? (Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

	Nein	Ja	Genauere Angaben	(z.B. Ambulante Operation: Polypenentfernung)
Ambulante Operation.....	☐	☐		
Stationäre Krankenhaus-				
behandlung	☐	☐	Anzahl der Nächte:	
Reha- oder Kuraufenthalt.....	☐	☐		

5. Wurde bei dem Kind in den letzten 12 Monaten ein Allergietest durchgeführt?

Nein... ☐ Ja... ☐

Falls ja, mit welchem Ergebnis? Unauffällig... ☐ Allergie festgestellt... ☐

6. Erhält das Kind zurzeit eine besondere Ernährung oder Diät?
Nein... ☐ Ja... ☐

Falls ja, welche Ernährung bzw. Diät? _____

Falls ja, warum erhält es diese Ernährung bzw. Diät? _____

7. Haben Sie bei der Schuleingangsuntersuchung von der Schulärztin/Schularzt eine Empfehlung für weitergehende Diagnostik oder Förderung erhalten?
Nein... ☐ Ja... ☐

Falls ja, welche? _____

8. Benötigt oder nimmt das Kind vom Arzt verschriebene Medikamente (außer Vitamine)?
Nein... ☐ Ja... ☐
 Falls ja: Geschieht dies aufgrund einer Krankheit, Verhaltensstörung oder eines
 anderen gesundheitlichen Problems? ☐ ☐

 Dauert dieses Problem bereits 12 Monate an oder ist eine Dauer von
 mindestens 12 Monaten zu erwarten? ☐ ☐
9. In welchem Alter erhielt das Kind seine erste Impfung?

Mit ____ Jahren ____ Monaten

Das Kind erhielt bisher noch keine Impfung... ☐
10. Erhielt das Kind jemals eine Antibiotika-Behandlung?
Nein... ☐ Ja... ☐

Falls ja, in welchem Alter erhielt es die erste Antibiotika-Behandlung? Mit ____ Jahren ____ Monaten

Falls ja, wie häufig erhielt es bislang Antibiotika? 1-3x... ☐ 4-6x... ☐ mehr als 6x... ☐
11. Hat das Kind in den letzten 12 Monaten vom Arzt verschriebene Medikamente bekommen?

(z. B. Tabletten, Cremes, Sprays, Säfte, Badezusätze)

Nein... ☐ Ja... ☐

Falls ja, wegen welcher Erkrankung?	Täglich	Bei Bedarf	Name und Stärke des Medikamentes Bitte von der Packung abschreiben	Dosierung pro Tag
_____	☐	☐	_____	_____
_____	☐	☐	_____	_____
_____	☐	☐	_____	_____
_____	☐	☐	_____	_____
_____	☐	☐	_____	_____

12. Hat das Kind in den letzten 12 Monaten Naturheilmittel bekommen? (Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

Pflanzliche Arzneimittel Nein.... ☐ Ja ☐

Homöopathische Arzneimittel Nein.... ☐ Ja ☐

Anthroposophische Arzneimittel Nein.... ☐ Ja ☐

Andere Naturheilmittel, nämlich: _____

Falls Sie mindestens eine der Fragen mit Ja beantwortet haben:

Wegen welcher Erkrankung?	Täglich	Bei Bedarf	Name und Stärke des Medikamentes Bitte von der Packung abschreiben	Dosierung pro Tag
_____	☐	☐	_____	_____
_____	☐	☐	_____	_____
_____	☐	☐	_____	_____
_____	☐	☐	_____	_____
_____	☐	☐	_____	_____

13. Ist das Kind in irgendeiner Art und Weise eingeschränkt oder daran gehindert, Dinge zu tun, die die meisten gleichaltrigen Kinder tun können?

Nein... ☐ Ja... ☐

Falls ja: Geschieht dies aufgrund einer Krankheit, Verhaltensstörung oder eines anderen gesundheitlichen Problems? Nein ☐ Ja ☐

Dauert dieses Problem bereits 12 Monate an oder ist eine Dauer von mindestens 12 Monaten zu erwarten? ☐ ☐

14. Hat das Kind bei einer der folgenden Tätigkeiten und Fertigkeiten des Alltags Einschränkungen? (Bitte setzen Sie ein Kreuz zu jeder Aussage)

	Nein	Ja		Nein	Ja
Ankleiden	☐	☐	Basteln	☐	☐
Schuhe anziehen	☐	☐	Erwachsenen zuhören können	☐	☐
Zur Toilette gehen	☐	☐	Kommunizieren mit anderen Kindern	☐	☐
Stifthaltung	☐	☐	Erledigen kleiner Verpflichtungen	☐	☐
Malen	☐	☐			

Andere Einschränkungen, nämlich: _____

15. Hat das Kind eine Brille, Sehhilfe, Hörgerät oder ein anderes Hilfsmittel?

(Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

Brille oder andere Sehhilfe..... Nein ☐ Ja ☐

Hörgerät..... ☐ ☐

Andere Hilfsmittel, nämlich: _____

16. Braucht das Kind für seine Tätigkeiten gewöhnlich mehr Zeit als andere Kinder?
Nein... ☐Ja... ☐
17. Hat das Kind emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme, für die es Behandlung bzw. Beratung benötigt oder bekommt?
Nein... ☐Ja... ☐
 Falls ja: Dauert dieses Problem bereits 12 Monate an oder ist eine Dauer von
 mindestens 12 Monaten zu erwarten?

Nein

Ja

☐ ☐
18. Wurde in den letzten 12 Monaten eine Entwicklungsdiagnostik durchgeführt?

(z.B. Frühförderzentrum, Sozialpädiatrisches Zentrum, usw.)

Nein... ☐Ja... ☐

Falls ja, wo?

Falls ja, mit welchem Ergebnis?

19. Braucht oder bekommt das Kind eine spezielle Therapie, wie z. B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Sprachtherapie?
Nein... ☐Ja... ☐
 Falls ja: Geschieht dies aufgrund einer Krankheit, Verhaltensstörung oder eines
 anderen gesundheitlichen Problems?

Nein

Ja

☐ ☐

 Dauert dieses Problem bereits 12 Monate an oder ist eine Dauer von
 mindestens 12 Monaten zu erwarten?

☐ ☐
20. Welche der folgenden Behandlungen oder Unterstützungen hat das Kind in den letzten 12 Monaten erhalten oder finden zurzeit statt? (Bitte setzen Sie ein Kreuz zu jeder Behandlung/Unterstützung)

	Nein	Ja		Nein	Ja
Frühförderung	☐	☐	Sprachtherapie (Logopädie)	☐	☐
Sprachförderung im KiGa/KiTa	☐	☐	Ergotherapie	☐	☐
Erziehungsberatung	☐	☐	Krankengymnastik	☐	☐
Familienhilfe	☐	☐	Psychologische Beratung	☐	☐
Integrationshilfe	☐	☐	Psychotherapie	☐	☐
Heilpädagogische Behandlung	☐	☐	Kieferorthopädische Behandlung	☐	☐
Heileurythmie	☐	☐	Manuelle Therapie/Osteopathie	☐	☐
Rhythmische Massage	☐	☐	Kunsttherapie	☐	☐
Musiktherapie	☐	☐	Sprachgestaltung	☐	☐

Andere Behandlungen/Unterstützungen, nämlich:

G: Schlafgewohnheiten des Kindes

1. Macht das Kind zurzeit noch regelmäßig (d.h. an mindestens 4 von 7 Tagen) einen Mittagsschlaf?

Nein... ☐ Ja... ☐ Weiß nicht... ☐

Falls ja, wie lange schläft es dabei im Durchschnitt? _____ Minuten

Falls nein, bis zu welchem Alter machte das Kind regelmäßig (d.h. an mindestens 4 von 7 Tagen) einen Mittagsschlaf? Bis _____ Jahre _____ Monate Weiß nicht... ☐

Falls nein, macht es noch gelegentlich (d.h. an 1-3 von 7 Tagen) einen Mittagsschlaf? Nein... ☐ Ja... ☐ Weiß nicht... ☐

Falls nein, ruht es sich zurzeit mittags regelmäßig (d.h. an mindestens 4 von 7 Tagen) aus ohne zu schlafen? Nein... ☐ Ja... ☐ Weiß nicht... ☐

Die folgenden Aussagen betreffen die Schlafgewohnheiten des Kindes und mögliche Schwierigkeiten mit dem Schlaf. Denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an die vergangene Woche im Leben des Kindes. Wenn die letzte Woche aus irgendeinem Grund keine typische Woche für das Schlafverhalten des Kindes darstellt (z. B. weil das Kind krank war und deshalb besonders schlecht geschlafen hat oder weil es außergewöhnlich gut geschlafen hat), wählen Sie stattdessen bitte eine vergangene, typische Woche aus dem Leben des Kindes.

2. Zu welcher Uhrzeit ...

- ... geht das Kind an Wochentagen gewöhnlich zu Bett? Uhr (hh:mm)
- ... steht das Kind an Wochentagen gewöhnlich morgens auf? Uhr (hh:mm)
- ... geht das Kind am Wochenende oder in den Ferien gewöhnlich zu Bett? Uhr (hh:mm)
- ... steht das Kind an Wochenenden oder in den Ferien gewöhnlich morgens auf? Uhr (hh:mm)

3. Hat das Kind...

- | | Nein | Ja | Weiß nicht |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... einen unruhigen Schlaf? | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... über unruhige Beine berichtet, wenn es im Bett ist? | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... „Wachstumsschmerzen“ (nicht erklärbare Beinschmerzen)? | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... „Wachstumsschmerzen“, die am stärksten sind, wenn das Kind im Bett ist? | ☐ | ☐ | ☐ |

4. Während das Kind schläft, haben Sie...

- | | Nein | Ja | Weiß nicht |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... kurze Tritte eines oder beider Beine gesehen? | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... sich wiederholende Tritte oder ruckartige Bewegungen der Beine in regelmäßigen Abständen (z.B. alle 20 bis 40 Sekunden) gesehen? | ☐ | ☐ | ☐ |

1. Schlafenszeit

Gewöhnlich Manchmal Selten
5-7 mal/Woche 2-4 mal/Woche 0-1 mal/Woche

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Das Kind geht jeden Abend zur gleichen Zeit ins Bett | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Das Kind schläft nach dem Zubettgehen innerhalb von 20 Minuten ein | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Das Kind schläft alleine im eigenen Bett ein..... | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Das Kind schläft im Bett der Eltern/der Geschwister ein | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Das Kind schläft mit schaukelnden/rhythmischen Bewegungen ein | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. Das Kind benötigt ein bestimmtes Objekt, um einzuschlafen (Puppe, spezielle Decke, etc.) | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. Das Kind braucht Mutter/Vater im Zimmer, um einzuschlafen | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. Das Kind ist zur Schlafenszeit bettfertig | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. Das Kind sträubt sich zur Schlafenszeit ins Bett zu gehen | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. Das Kind kämpft beim Zubettgehen (weint, weigert sich im Bett zu bleiben, etc.) | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11. Das Kind hat Angst im Dunkeln zu schlafen | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12. Das Kind hat Angst alleine zu schlafen | ☐ | ☐ | ☐ |

2. Schlafverhalten

Gewöhnlich Manchmal Selten
5-7 mal/Woche 2-4 mal/Woche 0-1 mal/Woche

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Das Kind schläft zu wenig | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Das Kind schläft zu viel | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Die Schlafdauer des Kindes ist genau richtig | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Das Kind schläft jeden Tag ungefähr gleich viel | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Das Kind nässt nachts ein | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. Das Kind redet während des Schlafes | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. Das Kind ist ruhelos und bewegt sich oft während des Schlafes | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. Das Kind schlafwandelt während der Nacht | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. Das Kind wechselt nachts in das Bett eines anderen (Eltern, Geschwister etc.) | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. Das Kind berichtet von Schmerzen während des Schlafes | ☐ | ☐ | ☐ |
| Wenn ja, wo? | | | |
| 11. Das Kind knirscht mit den Zähnen während des Schlafes | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12. Das Kind schnarcht laut | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13. Das Kind scheint während des Schlafes Atemaussetzer zu haben | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14. Das Kind schnappt nach Luft oder atmet laut während des Schlafes | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15. Das Kind hat Schwierigkeiten bei anderen zu schlafen (Besuch bei Verwandten, Ferien) | ☐ | ☐ | ☐ |

	Gewöhnlich 5-7 mal/Woche	Manchmal 2-4 mal/Woche	Selten 0-1 mal/Woche
16. Das Kind klagt über Schlafprobleme	☐	☐	☐
17. Das Kind wacht nachts schreiend und schwitzend auf und kann nicht/nur schwer beruhigt werden	☐	☐	☐
18. Das Kind wacht durch einen beängstigenden Traum auf	☐	☐	☐

3. Nächtliches Erwachen

	Gewöhnlich 5-7 mal/Woche	Manchmal 2-4 mal/Woche	Selten 0-1 mal/Woche
1. Das Kind wacht einmal während der Nacht auf	☐	☐	☐
2. Das Kind wacht mehr als einmal während der Nacht auf	☐	☐	☐
3. Das Kind schläft nach dem Aufwachen ohne elterliche Unterstützung wieder ein	☐	☐	☐

Notieren Sie hier die Minuten, die ein nächtliches Erwachen gewöhnlich dauert: _____ Minuten

4. Morgendliches Erwachen

	Gewöhnlich 5-7 mal/Woche	Manchmal 2-4 mal/Woche	Selten 0-1 mal/Woche
1. Das Kind wacht von alleine auf	☐	☐	☐
2. Das Kind wacht durch einen Wecker auf	☐	☐	☐
3. Das Kind wacht mit schlechter Laune auf	☐	☐	☐
4. Erwachsene oder die Geschwister wecken das Kind	☐	☐	☐
5. Das Kind hat Schwierigkeiten morgens aus dem Bett zu kommen	☐	☐	☐
6. Das Kind braucht lange, um morgens munter zu werden	☐	☐	☐
7. Das Kind wacht sehr früh am Morgen auf	☐	☐	☐
8. Das Kind hat morgens einen guten Appetit	☐	☐	☐

5. Tagesmüdigkeit

	Gewöhnlich 5-7 mal/Woche	Manchmal 2-4 mal/Woche	Selten 0-1 mal/Woche
1. Das Kind macht während des Tages ein/mehrere Schläfchen	☐	☐	☐
2. Das Kind schläft plötzlich inmitten einer Tätigkeit (z.B. Spielen, Hausaufgaben) ein	☐	☐	☐
3. Das Kind erscheint müde	☐	☐	☐

4. Wirkte das Kind während der letzten Woche bei einer der folgenden Aktivitäten sehr schläfrig oder ist es eingeschlafen? Markieren Sie alles Zutreffende:

	Nicht schläfrig	Sehr schläfrig	Schläft ein
Alleine spielen	☐	☐	☐
Fernsehen	☐	☐	☐
Autofahren	☐	☐	☐
Mahlzeiten essen	☐	☐	☐

H: Demografische Angaben

Damit unser Projekt als repräsentativ gelten kann, benötigen wir auch noch einige demografische Angaben zu Ihrer Familie. Diese Angaben unterliegen selbstverständlich auch dem Datenschutz, werden nicht an Dritte weitergegeben und ausschließlich im Rahmen von ikidS ausgewertet. Auch hier dürfen Sie Fragen unbeantwortet lassen

1. In welchem Jahr und in welchem Monat wurde die leibliche Mutter des Kindes geboren?

Monat _____ Jahr _____

Weiß nicht ☐

2. In welchem Jahr und in welchem Monat wurde der leibliche Vater des Kindes geboren?

Monat _____ Jahr _____

Weiß nicht ☐

Bei den folgenden Fragen, die Vater und Mutter betreffen, meinen wir die Personen, die mit dem Kind in einem Haushalt leben. Mit der Bezeichnung „Mutter“ oder „Vater“ sind auch diejenigen Personen gemeint, die an die Stelle der leiblichen Eltern treten, z. B. Lebenspartnerin des Vaters, Stiefvater o.a.

3. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

(Nennen Sie bitte nur den höchsten Abschluss. Bitte für beide Elternteile)

	Mutter	Vater
Schule beendet ohne Schulabschluss	☐	☐
Noch keinen Schulabschluss (Schüler)	☐	☐
Haupt- oder Volksschulabschluss	☐	☐
Realschulabschluss (Mittlere Reife)	☐	☐
Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)	☐	☐
Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Abitur)	☐	☐
Anderen Schulabschluss	☐	☐

4. Welchen höchsten beruflichen Abschluss haben Sie? (Nennen Sie bitte nur den höchsten Abschluss. Bitte für beide Elternteile)

	Mutter	Vater
Keinen Berufsabschluss und nicht in beruflicher Ausbildung	☐	☐
Noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende/r, Student/in, Berufsvorbereitungsjahr)	☐	☐
Beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre) abgeschlossen	☐	☐
Beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfach-, Handelsschule) abgeschlossen	☐	☐
Ausbildung an einer Fach-, Meister- oder Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen	☐	☐
Bachelor an (Fach-) Hochschule abgeschlossen	☐	☐
Sonstigen Abschluss an einer Fachhochschule oder Ingenieurschule	☐	☐
Sonstigen Abschluss an einer Universität oder Hochschule	☐	☐
Anderen Ausbildungsabschluss	☐	☐

I: Abschließende Fragen

1. Gab es für das Kind in den letzten 12 Monaten wichtige familiäre Ereignisse?

(z. B. schwere Erkrankung oder Tod einer Bezugsperson)

2. Mit wie vielen älteren und jüngeren Geschwistern lebt das Kind zusammen?

(Gemeint sind in diesem Fall auch Halbgeschwister und angeheiratete Geschwister)

Das Kind lebt mit keinen Geschwistern zusammen ☐

Das Kind lebt mit _____ älteren Geschwistern zusammen

Das Kind lebt mit _____ jüngeren Geschwistern zusammen

Das Kind lebt mit _____ gleichaltrigen Geschwistern zusammen

3. Leiden andere, gemeinsam mit dem Kind in einem Haushalt lebende Personen an einer chronischen Erkrankung? (z.B. Asthma, Depression, Behinderung, Krebserkrankung, usw.)

Nein... ☐ Ja... ☐

Welche Person?

Welche Krankheit?

4. Falls Sie in den nächsten Monaten umziehen werden, geben Sie uns bitte Ihre neue Adresse bekannt:

Strasse

PLZ

Wohnort

5. Falls eine Namensänderung des Kindes geplant ist, nennen Sie uns bitte den neuen Namen:

(z.B. Heirat der Eltern, Adoption)

Alter Name

Neuer Name

6. Falls Sie uns noch etwas mitteilen möchten:

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beigegefügt Umschlag, verkleben Sie diesen und senden ihn portofrei an uns zurück.

Mit herzlichen Grüßen
Ihr ikidS-Waldorf-Team

