

Elternfragebogen zur Schuleingangsuntersuchung



Kreisverwaltung Mainz-Bingen
Abteilung Gesundheitswesen

Die Angaben der Fragen 1-10 benötigt der Schularzt/die Schulärztin für die schulärztlich/medizinische Beurteilung gemäß § 11 der Schulordnung für öffentliche Grundschulen in Rheinland/Pfalz.

Die Informationen dienen als Grundlage für das gemeinsame Gespräch und für die Feststellung des aktuellen Entwicklungsstandes des Kindes. Die Beantwortung dieser Fragen wird auf jeden Fall erbeten.

1. Angaben zur Familie

Ausgefüllt am (TTMMJJJJ): _____

	Kind	Mutter	Vater
Name	_____	_____	_____
Vorname	_____	_____	_____
Geschlecht	männlich .. <input type="checkbox"/> weiblich .. <input type="checkbox"/>		
Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> Tag Monat Jahr		
Geburtsland	_____		
Adresse	_____		

2. Ihr Kind besucht zurzeit

Keine Einrichtung

Kindergarten/Kindertagesstätte ..

Förderkindergarten

Tagespflege

Schulkindergarten

Das Kind besucht seit _____ Jahren die derzeitige Einrichtung.

Alter des Kindes zu Beginn der ersten Betreuung **außerhalb der Familie**: _____ Jahre _____ Monate

3. Welche Infektionskrankheiten hatte Ihr Kind bereits?

Windpocken

Mumps

Salmonellen

Scharlach

Röteln

Borreliose

Ringelröteln

Keuchhusten

Hirn/Hirnhautentzündung ..

Masern

Hepatitis B

Rotaviren

Andere

Wenn andere, welche? _____ Keine ...

4. Sind in den letzten 12 Monaten akute Erkrankungen aufgetreten?

Bronchitis

Blasen-/Harnwegsentzündung ...

Pseudokrapp-Anfall

Hals-/Mandelentzündung

Lungenentzündung

Cerebraler Krampfanfall

Mittelohrentzündung

Fieberkrämpfe

Häufige Infekte

Andere

Wenn andere, welche? _____ Keine ...

5.1 Hatte Ihr Kind jemals folgende von einem Arzt diagnostizierte Krankheiten?

Bitte bringen Sie ggf. aussagefähige Unterlagen mit!

Allergien

Polypen (Adenoide)

Epilepsie (Krampfanfälle) ...

Neurodermitis

Wirbelsäulenleiden

Tumor-/Krebserkrankung ...

Chronische Bronchitis

Schilddrüsenerkrankung

Rheuma

Asthma bronchiale

Herzfehler

Autismus

Heuschnupfen

Diabetes mellitus

Angeborene Fehlbildungen ..

Nahrungsmittelallergie

Chron. Harnwegsinfekte

Körperliche Behinderung

Allergische Hautausschläge ...

Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom

Geistige Behinderung

Andere

Wenn andere, welche? _____ Keine ...

5.2 Hatte Ihr Kind jemals folgende Auffälligkeiten?

- | | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sehstörung/Fehlsichtigkeit | <input type="checkbox"/> | Wurmerkrankungen | <input type="checkbox"/> | Nahrungsmittelunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> | |
| Hörstörung | <input type="checkbox"/> | Übergewicht | <input type="checkbox"/> | Motorische Unruhe/Hyperaktivität | <input type="checkbox"/> | |
| Sprachauffälligkeiten | <input type="checkbox"/> | Untergewicht | <input type="checkbox"/> | Agressivität | <input type="checkbox"/> | |
| Entwicklungsverzögerung | <input type="checkbox"/> | Häufige Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | Schlafstörung | <input type="checkbox"/> | |
| Konzentrationsstörung | <input type="checkbox"/> | Häufige Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> | Ausgeprägte Tagesmüdigkeit | <input type="checkbox"/> | |
| Einnässen | <input type="checkbox"/> | Häufige Beinschmerzen | <input type="checkbox"/> | Mundatmung/behinderte Nasenatmung | <input type="checkbox"/> | |
| Einkoten | <input type="checkbox"/> | Ängstlichkeit | <input type="checkbox"/> | Schnarchen | <input type="checkbox"/> | |
| Andere | <input type="checkbox"/> | Wenn andere, welche? | | | Keine | <input type="checkbox"/> |

6. Bei welchen Ärzten oder Therapeuten war Ihr Kind in den letzten 12 Monaten?

- | | | | | | | |
|-------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kinderarzt | <input type="checkbox"/> | HNO-Arzt | <input type="checkbox"/> | Heilpraktiker | <input type="checkbox"/> | |
| Hausarzt | <input type="checkbox"/> | Hautarzt | <input type="checkbox"/> | Kinder und Jugendpsychiater | <input type="checkbox"/> | |
| Zahnarzt | <input type="checkbox"/> | Chirurg/Orthopäde | <input type="checkbox"/> | Psychologe | <input type="checkbox"/> | |
| Augenarzt | <input type="checkbox"/> | Urologe | <input type="checkbox"/> | Kieferorthopäde | <input type="checkbox"/> | |
| Bei Anderen | <input type="checkbox"/> | Bei welchen? | | | Keine | <input type="checkbox"/> |

7. Wurde jemals eine Entwicklungsdiagnostik durchgeführt? (z.B. Frühförderzentrum)

Nein... Ja... Näheres: _____

8. Welche Behandlungen/Maßnahmen wurden früher durchgeführt oder finden zurzeit statt?

- | | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sprachtherapie | <input type="checkbox"/> | Ergotherapie | <input type="checkbox"/> | Erziehungsberatung | <input type="checkbox"/> | |
| Frühförderung | <input type="checkbox"/> | Heilpädagog. Behandlung | <input type="checkbox"/> | Kieferorthop. Behandlung | <input type="checkbox"/> | |
| Sprachförderung im KiGa | <input type="checkbox"/> | Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> | | | |
| Andere | <input type="checkbox"/> | Wenn andere, welche? | | | Keine | <input type="checkbox"/> |

9. Weitere Fragen zur Vorgeschichte des Kindes

- | | | | | | |
|------------|----------------------------------|--------------------------------|--|-----------------------|--------------------------|
| Frühgeburt | Nein... <input type="checkbox"/> | Ja... <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Unfälle | Nein... <input type="checkbox"/> | Ja... <input type="checkbox"/> | Wenn ja, wo? | Zu Hause | <input type="checkbox"/> |
| | | | | Im Strassenverkehr | <input type="checkbox"/> |
| | | | | Im KiGa/Schule/Verein | <input type="checkbox"/> |
| | | | | Sonstiger Ort | <input type="checkbox"/> |

Stationäre Krankenhausbehandlungen ... Nein... Ja... Genauere Angaben (z.B. Ambulante Operationen: Polypen)

Ambulante Operationen ... Nein... Ja... _____

Aufenthalt in Reha/Kur ... Nein... Ja... _____

Allergietests ... Nein... Ja... _____

Antibiotikagaben ... Nein... Ja... Wenn ja, 1-3x .. 4-6x .. mehr als 7x ..

10. Nimmt Ihr Kind Arzneimittel ein?

Nein .. Ja..

Wenn ja, wegen	Regelmäßig	Bei Bedarf	Name des Medikamentes
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hyperaktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
anderer Leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Besondere Hinweise: _____ Nein ...

Die Beantwortung der nachstehenden Fragen ist freiwillig!

Die Fragen 11-17 dienen vorrangig der oben genannten Gesundheitsberichtserstattung. Sowohl die Schulinganguntersuchung als auch spätere Untersuchungen oder Stellungnahmen sind davon unabhängig. Sie können im Zweifelsfall auch einzelne Fragen unbeantwortet lassen. Ihnen oder Ihrem Kind entstehen daraus selbstverständlich keine Nachteile.

11. Wie lange wurde Ihr Kind gestillt?

Nicht gestillt.. Bis 1 Monat.. Bis 6 Monate.. Über 6 Monate.. Unbekannt ..

12. Bei wem lebt das Kind hauptsächlich?

Bei den leiblichen Eltern Bei einem alleinerziehenden Elternteil
Bei einem Elternteil mit Partner/in..... Im Heim
Bei anderen Familienmitgliedern..... Bei anderen Personen

13. Wie viele Kinder leben insgesamt in ihrem Haushalt?

_____ Kind/er

14.1 Welche Sprache wird bei Ihnen zu Hause gesprochen?

Deutsch... Andere Sprachen ... Welche? _____

14.2 In welchem Land sind Sie geboren? (Bitte für beide Elternteile angeben)

Mutter .. In Deutschland ... In einem anderen Land ... In welchem? _____
Vater In Deutschland ... In einem anderen Land ... In welchem? _____

14.3 Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? (Bitte für Kind und beide Elternteile angeben)

Kind Deutsch.. Andere/weitere Staatsangehörigkeit .. Welche? _____
Mutter ... Deutsch.. Andere/weitere Staatsangehörigkeit .. Welche? _____
Vater Deutsch.. Andere/weitere Staatsangehörigkeit .. Welche? _____

14.4 Wurde Ihr Kind in Deutschland geboren?

Nein .. Ja ..

15. Wird in Ihrem Haushalt geraucht?

Nie.. Gelegentlich .. Häufig ..

16.1 Höchster Schulabschluss:

	Mutter/Sorgeberechtigte	Vater/Sorgeberechtigter
Hauptschulabschluss (oder vergleichbarer Abschluss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschulabschluss (oder vergleichbarer Abschluss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife (oder vergleichbarer Abschluss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allg. Hochschulreife (oder vergleichbarer Abschluss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schule beendet ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noch kein Abschluss (Schüler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.2 Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung? Wenn ja, welche?

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

	Mutter/Sorgeberechtigte	Vater/Sorgeberechtigter
Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachschule (z. B. Meister-Techniker-Schule, Berufs- oder Fachakademie) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschule, Ingenieurschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universität, Hochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Ausbildungsabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noch in beruflicher Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Wer hat den Fragebogen beantwortet?

Mutter/Sorgeberechtigte .. Großmutter.. Pflegemutter .. Geschwister des Kindes..
Vater/Sorgeberechtigter... Großvater.... Pflegevater Andere Person.....



Einschulung und Gesundheit -
Forschung für Kinder
ikidS 2015
(ich komme in die Schule)



UNIVERSITÄTSmedizin.
MAINZ

Institut für Medizinische Biometrie,
Epidemiologie und Informatik (IMBEI)

Direktorin: Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Maria Blettner
Obere Zahlbacher Straße 69, 55131 Mainz
Kontakt ikidS: Tel.: 06131/17-8413; ikids@uni-mainz.de
www.unimedizin-mainz.de/ikids

Teilnahme am Projekt ikidS 2015

Sehr geehrte Eltern,

hier beginnt ein neuer Abschnitt zum Forschungsprojekt ikidS 2015.

Wir möchten Sie gerne zur Teilnahme an diesem Forschungsprojekt gewinnen. Ausführliche Informationen zu dem Projekt finden Sie in dem beiliegenden Flyer und auch auf unserer Website (www.unimedizin-mainz.de/ikids). Bitte geben Sie uns hier bekannt, ob Sie an dem Projekt teilnehmen möchten.

Erläuterungen zum Datenschutz

Wir möchten Sie gemäß den gesetzlichen Bestimmungen über Ihre Rechte und unser Datenschutzkonzept informieren. Bei der Beantwortung der Fragebögen haben Sie das Recht einzelne Fragen unbeantwortet zu lassen. Zur Durchführung des Projekts ikidS 2015 benötigen wir zunächst personenbezogene Daten Ihres Kindes (Name, Geburtsdatum, Adresse) und Angaben zur Schule (Name, Ort) damit wir die Eltern-, Kinder- und Lehrerfragebögen mit den Daten vom Geburtenregister, der Geburtsklinik und der Abteilung Gesundheitswesen der Kreisverwaltung Mainz-Bingen zusammenführen können. Diese personenbezogenen Daten werden getrennt von den Gesundheitsdaten auf gesicherten Servern des Instituts für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) der Universitätsmedizin Mainz gespeichert. Jedem Studienteilnehmer wird eine fortlaufende Nummerierung (sog. Pseudonym) zugeordnet. Die Gesundheitsdaten werden nur mit diesem Pseudonym erfasst. Eine Zuordnung der Gesundheitsdaten zu einzelnen Kindern ist somit nur für das Projektteam möglich. Für die Auswertung wird diese fortlaufende Nummerierung gelöscht. Danach sind keinerlei Rückschlüsse mehr auf die Identität Ihres Kindes möglich. Die Publikation von Ergebnissen erfolgt ausschließlich in anonymer Form, d.h. Daten können einzelnen Kindern nicht zugeordnet werden. Die Weitergabe an Dritte ist nicht vorgesehen. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren werden die personenbezogenen Daten unwiederbringlich gelöscht. Die dann vollständig anonymen Daten bleiben für das Forschungsprojekt erhalten. Nach 10 Jahren werden auch die Fragebögen nach Vorgaben des Datenschutzes vernichtet.

Einwilligungserklärung

Wir wurden über Ziele, Ablauf, Dauer und Nutzen von ikidS 2015 durch einen Projektflyer schriftlich aufgeklärt und erklären uns einverstanden, dass unser Kind an dem Projekt teilnimmt. Wir hatten ausreichend Zeit, die Teilnahme zu bedenken.

Wir erklären uns einverstanden, dass das Geburtenregister Mainzer Modell, die Geburtsklinik sowie die Abteilung Gesundheitswesen der Kreisverwaltung Mainz-Bingen Informationen über den Gesundheitszustand unseres Kindes an die Projektleitung weitergeben darf und entbinden diese Institutionen von der Schweigepflicht für diese Informationen.

Wir erklären uns einverstanden, dass unser Kind im Rahmen einer Gruppenbefragung in der Schule befragt werden darf und dass der Klassenlehrer einen Fragebogen über unser Kind zum Verhalten in der Schule und dem Schulerfolg ausfüllen und an die Projektleitung weitergeben darf. Damit entbinden wir den Klassenlehrer von der Schweigepflicht für diese eine Fragebogenerhebung.

Wir sind darüber informiert, dass die Teilnahme an ikidS 2015 freiwillig ist, dass uns durch eine Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen werden und dass wir jederzeit, formlos, mündlich oder schriftlich, ohne Angabe von Gründen und ohne jegliche Nachteile für uns oder unser Kind die Teilnahme abbrechen und unser Einverständnis widerrufen können. In diesem Fall können wir frei entscheiden, ob die bereits vorliegenden Daten anonym weiter genutzt werden können oder gelöscht werden müssen.

Uns ist bekannt, dass wir jederzeit in die Unterlagen unseres Kindes beim Leiter von ikidS 2015 einsehen dürfen.

Wir haben verstanden und sind damit einverstanden, dass die Gesundheitsdaten unseres Kindes pseudonymisiert (d.h. kodiert ohne Angabe von Namen, Anschrift, Initialen oder Ähnliches) auf Datenträgern gespeichert und ausgewertet werden. Uns ist bekannt, dass sichergestellt ist, dass eine völlige Anonymität bei der Veröffentlichung bzw. Bekanntgabe der Auswertung der Befragung gewährleistet ist.

Ja, wir möchten an dem ikidS-Projekt teilnehmen...

Wir möchten über gesundheitliche Veränderungen unseres Kindes informiert werden: Nein... Ja...

Wir möchten über die Ergebnisse zum Schulerfolg unseres Kindes informiert werden: Nein... Ja...

Wir wünschen den Fragebogen in einer anderen Sprache Ja... Welche? _____

Für Rückfragen sind wir telefonisch am besten zu erreichen: Vormittags.. Nachmittags.. Abends..

Unsere Telefonnummer, unter der wir kontaktiert werden wollen: _____

Datum

Unterschrift der Mutter*

Unterschrift des Vaters*

* Die Einwilligungserklärung ist von beiden Sorgeberechtigten zu unterschreiben. Unterschreibt ein Sorgeberechtigter alleine, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Sorgeberechtigten handelt.