In Kooperation mit dem
Bund der Freien Waldorfschulen

Stempel der Schule: _____

Gesundheitsfragebogen zur Einschulung

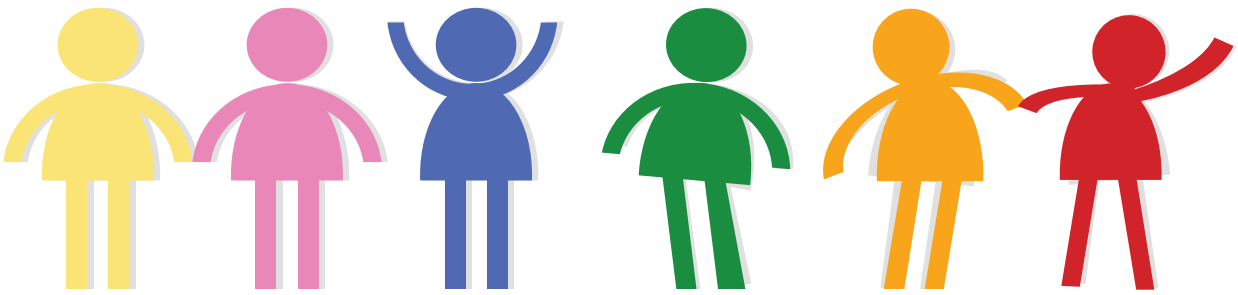
Angaben zum Kind

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum des Kindes: Tag _____ Monat_____ Jahr_____

Angaben / Kontaktdaten der Familie

	Mutter	**Vater**
Nachname:	_____	_____
Vorname:	_____	_____
Mailadresse:	_____	_____
Telefonnummer:	_____	_____
Strasse / Hausnr:	_____	_____
PLZ / Ort:	_____	_____



Dieser Fragebogen wird ausgefüllt am: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Tag Monat Jahr

Wer beantwortet den Fragebogen?

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

Vater/Sorgeberechtigter...☐ Großvater....☐ Pflegevater....☐ Andere Person.....☐

1. Angaben zum Kind

Geburtsdatum des Kindes: ☐☐ ☐☐☐☐ Monat Jahr Geschlecht des Kindes: männlich...☐ weiblich...☐

2. Fragen zur Geburt?

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren? ..... _____ Woche

Wie war sein Geburtsgewicht? ..... _____ Gramm

3. Wie lange wurde Ihr Kind gestillt?

Nicht gestillt.....☐ Weniger als 1 Monat.....☐ 1 - 3 Monate .....☐

4 - 6 Monate .....☐ Mehr als 6 Monate .....☐ Unbekannt .....☐

Es wurde bis zum ☐☐ ten Lebensmonat **ausschließlich** gestillt.

4. Mit wieviel Monaten...

... bekam Ihr Kind die ersten Zähne? ..... Mit _____ Monaten

... ist Ihr Kind gelaufen? ..... Mit _____ Monaten

... hat Ihr Kind die ersten Zwei- und Dreiwortsätze gesprochen? ..... Mit _____ Monaten

5. Hat Ihr Kind im ersten Lebensjahr außerordentlich viel geweint?

Nein ..☐ Ja..☐

Falls ja, wurde eine Ursache festgestellt? _____

6. Welche Einrichtungen besuchte Ihr Kind bisher? (Mehrfachnennungen möglich)

Krippe..... ☐ Staatl. Kindergarten/-tagesstätte ☐ Förderkindergarten ..... ☐

U3-Gruppe ..... ☐ Konfessioneller Kindergarten .... ☐ Waldorfkindergarten ..... ☐

Tagespflege ..... ☐ Waldkindergarten ..... ☐ Vorklasse ..... ☐

Mein Kind besucht seit _____Jahren die derzeitige Einrichtung.

Alter meines Kindes zu Beginn der ersten Betreuung außerhalb der Familie: _____Jahre _____ Monate.

Mein Kind besuchte bisher keine Einrichtung..... ☐

7. Wurde Ihr Kind im letzten Jahr vom Schulbesuch zurückgestellt?

Nein...☐ Ja...☐

Falls Ja, weshalb? _____

8. 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** ☐

Gab es bei einer der Erkrankungen Komplikationen?

Wenn ja, bei welcher? _____

9. Welche akuten Erkrankungen sind in den letzten 12 Monaten aufgetreten?

Bronchitis ☐	Blasen-/Harnwegsentzündung ☐	Pseudokrupp-Anfall ☐
Hals-/Mandelentzündung ☐	Lungenentzündung ☐	Cerebraler Krampfanfall ☐
Mittelohrentzündung ☐	Fieberkrämpfe ☐	Häufige Infekte ☐
Magen-Darm-Infektion ☐	Spastische Bronchitis ☐	
Andere ☐	Wenn andere, welche? _____	**Keine** ☐

10. Hatte Ihr Kind jemals folgende von einem Arzt diagnostizierte Beeinträchtigungen?

Bitte bringen Sie ggf. aussagefähige Unterlagen mit!

Allergien ☐	Polypen (Adenoide) ☐	Krampfanfälle (Epilepsie) ☐
Neurodermitis ☐	Wirbelsäulenleiden ☐	Tumor-/Krebserkrankung ☐
Chronische Bronchitis ☐	Schilddrüsenerkrankung ☐	Rheuma ☐
Asthma bronchiale ☐	Herzfehler/Herzerkrankung ☐	Autismus ☐
Heuschnupfen ☐	Diabetes mellitus ☐	Angeborene Fehlbildung ☐
Nahrungsmittelallergie ☐	Chron. Harnwegsinfekte ☐	Körperliche Beeinträchtigung ☐
Allergische Hautausschläge ☐	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ☐	Geistige Beeinträchtigung ☐
Andere ☐	Wenn andere, welche? _____	**Keine** ☐

11. Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten folgende Symptome oder Beeinträchtigungen?

Sehbeeinträchtigung ☐	Wurmerkrankungen ☐	Nahrungsmittelunverträglichkeit ☐
Hörbeeinträchtigung ☐	Übergewicht ☐	Motorische Unruhe/Hyperaktivität ☐
Sprachauffälligkeiten ☐	Untergewicht ☐	Aggressivität ☐
Entwicklungsverzögerung ☐	Häufige Kopfschmerzen ☐	Schlafstörung ☐
Konzentrationsstörung ☐	Häufige Bauchschmerzen ☐	Häufiges Schnarchen (ohne Infekte) ☐
Einnässen ☐	Häufige Beinschmerzen ☐	Mundatmung/behinderte Nasenatmung ☐
Einkoten ☐	Ängstlichkeit ☐	Ausgeprägte Tagesmüdigkeit ☐
Andere ☐	Wenn andere, welche? _____	**Keine** ☐

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

Kinderarzt ☐	Augenarzt ☐	Heilpraktiker ☐
Hausarzt ☐	HNO-Arzt ☐	Kinder- und Jugendpsychiater ☐
Zahnarzt ☐	Hautarzt ☐	Psychologe ☐
Kieferorthopäde ☐	Urologe ☐	Chirurg/Orthopäde ☐
Bei Anderen ☐	Bei welchen? _____	**Keine** ☐

13. 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

14. Wurden bei Ihrem Kind jemals folgende Untersuchungen oder Behandlungen durchgeführt?

Genauere Angaben (z.B. Ambulante Operationen: Polypen)

Entwicklungsdiagnostik ..... ☐ _____
Reha- oder Kuraufenthalt..... ☐ _____
Allergietest ..... ☐ _____
Ambulante Operation ..... ☐ _____
Stationäre Krankenhausbehandlung ..... ☐ _____
Antibiotikagaben ..... ☐ Falls ja: 1-3x....☐ 4-6x .. ☐ mehr als 6x .. ☐

15. Welche Behandlungen oder Unterstützungen hat Ihr Kind bislang erhalten?

Sprachtherapie ..... ☐ Frühförderung ..... ☐ Heilpädagogische Behandlung ..... ☐
Ergotherapie..... ☐ Sprachförderung in KiTa... ☐ Psychotherapie ..... ☐
Krankengymnastik ..... ☐ Integrationshilfe ..... ☐ Familienhilfe..... ☐
Kieferorthop. Behandlung .. ☐ Erziehungsberatung..... ☐ Psychologische Beratung..... ☐
Heileurythmie ..... ☐ Rhythmische Massage ..... ☐ Kunsttherapie..... ☐
Musiktherapieie ..... ☐ Reittherapie ..... ☐ Rotatherapie..... ☐
Andere ..... ☐ Wenn andere, welche? _____ **Keine** ...☐

16. Welche Impfungen hat Ihr Kind bisher erhalten? **(Bitte tragen Sie alle Impfungen in das Schema ein)**

Mein Kind erhielt bisher noch keine Impfung ..... ☐

	Tetanus	Diphtherie	Polio	Keuch-husten	Hib	Hepatitis B	Hepatitis A	Rota-virus	Pneumo-kokken	FSME	Influ-enza
1. Impfung											
2. Impfung											
3. Impfung											
4. Impung											

	Masern	Mumps	Röteln	Windpocken	Tuberkulose	Hirnhautentzündung	Gelbfieber	Typhus
1. Impfung								
2. Impfung								

17. Nahm Ihr Kind im letzten Jahr Arzneimittel ein?

Nein .. ☐ Ja.. ☐

Wenn ja, wegen	**Regelmäßig**	**Bei Bedarf**	**Name des Medikamentes**
Allergien	☐	☐	_____
Asthma	☐	☐	_____
Epilepsie (Krampfanfälle)	☐	☐	_____
Hyperaktivität	☐	☐	_____
anderer Leiden	☐	☐	_____

18. Bei wem lebt das Kind hauptsächlich? (Hier bitte nur ein Kreuz machen)

Bei den leiblichen Eltern ..... ☐
Bei der Mutter mit Partner/in ..... ☐
Bei der Mutter alleinerziehend ..... ☐
Bei dem Vater mit Partner/in ..... ☐
Bei dem Vater alleinerziehend ..... ☐
Bei Pflegeeltern/Adoptiveltern ..... ☐
Bei anderen Familienmitgliedern ..... ☐
Bei anderen Personen ..... ☐
Im Heim ..... ☐

19. Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? (Mehrfachnennungen sind möglich)

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

20. In welchem Land sind Sie geboren? (Bitte für das Kind und beide Elternteile angeben)

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

21. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? (Bitte für das Kind und beide Elternteile angeben)

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

22. Wird in Ihrem Haushalt geraucht?

Nie ... ☐ Gelegentlich ... ☐ Häufig ... ☐

23. Welchen Schulabschluss haben Sie? (Nennen Sie bitte nur den höchsten Schulabschluss. Bitte für beide Elternteile angeben!)

	Mutter/Sorgeberechtigte	Vater/Sorgeberechtigter
Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss	☐	☐
Realschulabschluss (Mittlere Reife)	☐	☐
Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)	☐	☐
Allgemeine Hochschulreife (Abitur)	☐	☐
Anderer Schulabschluss	☐	☐
(Noch) in schulischer Ausbildung (Schüler)	☐	☐
Schule beendet ohne Schulabschluss	☐	☐

24. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung? Wenn ja, welche? (Nennen Sie bitte nur den höchsten Abschluss. Bitte für beide Elternteile angeben!)

	Mutter/Sorgeberechtigte	Vater/Sorgeberechtigter
Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)	☐	☐
Berufsschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung)	☐	☐
Fachschule (z. B. Meister-Techniker-Schule, Berufs- oder Fachakademie) ..	☐	☐
Fachhochschule, Ingenieurschule	☐	☐
Universität, Hochschule	☐	☐
Anderer Ausbildungsabschluss	☐	☐
Noch in beruflicher Ausbildung	☐	☐
Kein Abschluss	☐	☐

Projekt ikidS-Waldorf

Studienkoordination
ikidS-Waldorf

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

Sehr geehrte Eltern,

der Schulanfang ist ein großer Schritt für jedes Kind - unbekannt ist jedoch, welchen Einfluss der Übergang in die Schule (Transitionsphase) auf die Gesundheit von Kindern und den späteren Schulerfolg hat.

Das ipsum-Institut und die Universitätsmedizin Mainz beschäftigen sich seit über 10 Jahren mit der Frage, wie Einschulung und Gesundheit zusammenhängen.

Um in Zukunft Kinder und Familien bestmöglich beraten und unterstützen zu können, führen wir ein Forschungsprojekt zu diesem Thema durch und möchten Sie heute fragen, ob Sie daran teilnehmen wollen.

Wenn Sie bei dem Forschungsprojekt mitmachen möchten, unterschreiben Sie bitte die Einwilligungserklärung auf der Rückseite dieses Fragebogens.

Weitere Informationen über die Studienziele und Durchführung können Sie dem beiliegenden Studieninformationsflyer entnehmen sowie bei Fragen sich an die Studienkoordination wenden (siehe oben).

Einwilligungserklärung für das Projekt ikidS-Waldorf 2017

Erläuterungen zum Datenschutz

Wir möchten Sie gemäß den gesetzlichen Bestimmungen über Ihre Rechte und unser Datenschutzkonzept informieren.

Bei der Beantwortung der Fragebögen haben Sie die Möglichkeit einzelne Fragen unbeantwortet zu lassen.

Zur Durchführung des Projekts ikidS-Waldorf benötigen wir zunächst personenbezogenen Daten Ihres Kindes (d.h. Name, Geburtsdatum, Adresse usw.) damit die Daten der Schuleingangsuntersuchung mit den Daten der Eltern- und Lehrerfragebögen zusammengeführt werden können. Diese personenbezogenen Daten werden getrennt von den Gesundheitsdaten gespeichert.

Die personenbezogenen Daten werden in der IPSUM-Außenstelle Oberursel erfasst und mit einem Pseudonym versehen. Das Pseudonym ist eine mehrstellige Zahlen- oder Buchstabenkombination, die statt Name, Geburtsdatum und Adresse verwendet wird.

Auf die Personendatenbank haben nur die Studienkoordinatorin und die Studienassistentin Zugriff. Sie ist auf einem nicht frei zugänglichen Computer gespeichert, dessen Verbindung zu Netzwerken (WLAN, Internet etc.) gesperrt ist. Jeder Datenzugriff erfordert eine Benutzerkennung und ein Passwort.

Zwecks Auswertung werden die Angaben aus den Fragebögen in pseudonymisierter Form an die Abteilung für Pädiatrische Epidemiologie des IMBEI weitergegeben und dort ebenfalls auf einem gesicherten Server des Instituts für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) der Universitätsmedizin Mainz gespeichert.

Die Auswertung und die Publikation von Ergebnissen erfolgt ausschließlich in anonymer Form, d.h. Daten können einzelnen Kindern nicht zugeordnet werden. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren werden die im Rahmen der Studie erhobenen Gesundheitsdaten vollständig anonymisiert und bleiben dem Forschungsprojekt erhalten. Nach 10 Jahren werden auch die Fragebögen nach Vorgaben des Datenschutzes vernichtet.

Wir wurden über Ziele, Ablauf, Dauer und Nutzen von ikidS-Waldorf durch eine Elterninformation aufgeklärt und willigen ein, dass wir und unser Kind an dem Projekt teilnehmen. Wir hatten ausreichend Zeit, die Teilnahme zu bedenken. Wir hatten auch die Möglichkeit der Projektleitung Fragen zur Durchführung des Projekts zu stellen. Wir haben derzeit keine weiteren Fragen.

Wir sind darüber informiert, dass die Teilnahme an ikidS-Waldorf 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 unsere Einwilligung widerrufen können. In diesem Fall sollen die personenbezogenen Daten gelöscht werden. Die studienbedingt erhobenen Daten können in anonymisierter Form (d.h. der Personenbezug kann nicht mehr hergestellt werden) weiter genutzt werden.

Wir willigen ein, dass das Aufnahmegremium der Schule seine Daten zu unserem Kind an die Projektkoordinatorin weitergeben darf und entbinden die Schule von der Schweigepflicht für diese Informationen.

Wir willigen ein, dass der Klassenlehrer einen Fragebogen über unser Kind zum Verhalten in der Schule und dem Schulerfolg ausfüllen und an die Studienkoordination weitergeben darf. Damit entbinden wir den Klassenlehrer von der Schweigepflicht für diese eine Fragenbogenerhebung.

Wir willigen ein, dass die IPSUM Außenstelle Oberursel die Gesundheitsdaten unseres Kindes in pseudonymisierter Form (d.h. durch eine mehrstellige Zahlen- oder Buchstabenkombination kodiert und ohne Nennung von Name, Geburtsdatum und Adresse) an die Abteilung für Pädiatrische Epidemiologie am IMBEI zur Eingabe, Speicherung und Auswertung weitergeben darf.

Uns ist bekannt, dass sichergestellt ist, dass eine völlige Anonymität bei der Veröffentlichung bzw. Bekanntgabe der Auswertung der Befragung gewährleistet ist.

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

Ein Exemplar der Informationen für die Eltern zum Projekt ikidS-Waldorf und der Einwilligungserklärung haben wir erhalten.

Wir möchten eine Einschätzung der von uns in den Elternfragebögen beschriebenen schulrelevanten gesundheitlichen Veränderungen unseres Kindes während der Einschulungsphase erhalten: ..... Nein ... ☐ Ja ... ☐

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

Vorname und Name des Kindes | Geburtsdatum

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.