

Name und Vorname/n des Kindes:

Name und Tel.-Nr. der Mutter bzw. Elternteil 1:

Name und Tel.-Nr. des Vaters bzw. Elternteil 2:

Geburtsdatum des Kindes:

Geschlecht des Kindes: männlich weiblich divers

Wohnadresse des Kindes: PLZ Ort:

Straße, Hausnr.:

Geburtsland des Kindes Deutschland nicht Deutschland, sondern:

Geburtsland der Mutter bzw. Elternteil 1 Deutschland nicht Deutschland, sondern:

Geburtsland des Vaters bzw. Elternteil 2 Deutschland nicht Deutschland, sondern:

Nationalität der Mutter bzw. Elternteil 1 deutsch nicht deutsch, sondern:

Nationalität des Vaters bzw. Elternteil 2 deutsch nicht deutsch, sondern:

Schule (Name): Klasse:

1. Wie schätzen Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes ein ?

gut nicht befriedigend

2. Hat Ihr Kind eine Sportbefreiung?

ja, und zwar ... nein teilweise Befreiung vollständige Befreiung

Grund/Gründe für die Sportbefreiung

3. Nimmt Ihr Kind an einer organisierten Freizeitgestaltung teil (Sportverein, Musikschule usw.)?

nein ja welche

4. Krankenhausaufenthalte und Operationen

Lag Ihr Kind jemals im Krankenhaus? nein ja und zwar insgesamt mal

wegen: akuter Erkrankung chronischer Krankheit Unfall stationäre Operation(en) Sonstiges

Wurde Ihr Kind jemals **ambulant** operiert? nein ja

Genauere Grund/ Gründe für Krankenhausaufenthalt(e) / Operation(en):

5. Ist Ihr Kind derzeit in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?

ja weshalb nein

6. Wird Ihr Kind außerschulisch gefördert? (z. B. Logopädie, Ergotherapie, LRS Förderung)

ja weshalb nein

7. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

ja weshalb nein

8. Hat ein(e) Ärztin/Arzt jemals eine der folgenden Krankheiten festgestellt?

Windpocken chronische Bronchitis Neurodermitis
 Asthma Allergie(n) / welche?

9. Befindlichkeitsstörungen: Hat Ihr Kind häufiger....?

Kopfschmerzen Übelkeit/Erbrechen Schlafstörungen
 Bauchschmerzen Schwindel Sonstige
 Muskel- Gelenk- oder Rückenschmerzen

10. Haben Sie noch Fragen an die Schulärztin/ den Schularzt?

Die folgenden Angaben sind freiwillig. Sie sollen helfen, die (eventuelle) Notwendigkeit von Therapien und/oder Fördermaßnahmen für Ihr Kind besser einzuschätzen und mit Ihnen besprechen zu können und werden in anonymisierter Form (ohne Namen und Adresse) für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) verwendet. Deshalb bitten wir Sie, auch die nachfolgenden Fragen zu beantworten und die untenstehende Einwilligung zu unterschreiben.

11. Familiäres Umfeld des Kindes

Geschwister (ohne untersuchtes Kind) keine Anzahl

Wird im Haushalt geraucht? nein ja

wenn ja, wo (bitte nur eine Antwort) nur außerhalb der Wohnung innerhalb u. außerhalb der Wohnung

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung der freiwilligen Angaben im Fragenkomplex 11

(personenbezogene Daten nach Artikel 6 Abs. 1a und besondere Kategorien personenbezogener Daten nach Artikel 9 Abs. 1a der Datenschutz-Grundverordnung).

Verantwortliche Behörde:

Gesundheitsamt Jerichower Land

Hiermit willige ich in die Erhebung und Verarbeitung meiner Angaben im Fragenkomplex 11 ein. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann, ohne dass Nachteile daraus entstehen.

Ort, Datum

Unterschriften der Elternteile