



**Stadt Köln**  
Der Oberbürgermeister

## Einladung zur Schuleingangsuntersuchung

**Gesundheitsamt, Außenstelle Chorweiler  
Kinder- und Jugendärztlicher Dienst**

Athener Ring 4, 50765 Köln

Telefon: 0221/221-24707, Telefax 0221/221-33148

E-Mail: [aussenstellechorweiler@stadt-koeln.de](mailto:aussenstellechorweiler@stadt-koeln.de)

Internet: [www.stadt-koeln.de](http://www.stadt-koeln.de)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes

**Wo: Stadthaus Chorweiler  
Athener Ring 4, 50765 Köln  
8. Etage, linker Flur, Raum 810**

**Wann:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Uhr  
Datum Uhrzeit

**Bitte mitbringen!**

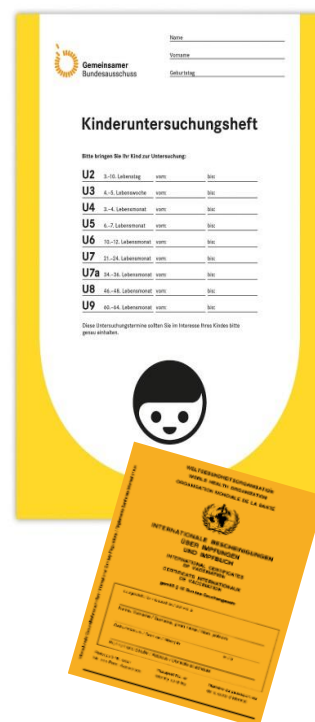
Liebe Eltern,

bald kommt Ihr Kind in die Schule. Damit der Start gut gelingt, findet eine Schuleingangsuntersuchung durch das schulärztliche Team des Gesundheitsamtes statt.

Bei der Schuleingangsuntersuchung soll festgestellt werden, wie gut Ihr Kind auf die Schule vorbereitet ist. Deshalb wird auf alles geschaut, was für die Schule besonders wichtig ist: Hören, Sehen, Bewegung, Sprache, Zahlenvorwissen, Konzentration, Denken und Verstehen.

Die Schuleingangsuntersuchung hat also einen anderen Schwerpunkt als die Vorsorgeuntersuchung beim Kinderarzt in der Praxis.

Das Ergebnis der Untersuchung wird Ihnen und der Schulleitung mitgeteilt.



## **Die Entscheidung, ob Ihr Kind an der Schule aufgenommen wird, die Sie ausgesucht haben, trifft die Schulleitung.**

Die Untersuchung dauert etwa 60 Minuten. Eine sorgeberechtigte Person, zum Beispiel Mutter oder Vater, muss mit dabei sein. Wenn Sie etwas ohne Ihr Kind besprechen möchten, sagen Sie uns das bitte.

Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus - er wird anonym ausgewertet. Wir verwenden die Begriffe „Elternteil 1“ und „Elternteil 2“ mit der Möglichkeit, „männlich“, „weiblich“ oder „divers“ anzukreuzen.

Bitte wählen Sie die Angaben, die zu Ihrer Familie passen, und verwenden Sie sie durchgängig. Ihre Angaben sind freiwillig, vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Informationen zum Datenschutz finden Sie über diesen QR-Code



Bitte bringen Sie zur Untersuchung mit:

- den ausgefüllten Fragebogen
- das gelbe Vorsorgeheft
- den Impfausweis
- falls vorhanden: Arztberichte, Berichte von SPZ, Frühförderung, Sprach- oder Ergotherapie

Lassen Sie bitte bei der Kinderärztin oder dem Kinderarzt überprüfen, ob Ihr Kind alle Impfungen hat – fehlende Impfungen werden dort durchgeführt.

Bitte kommen Sie möglichst ohne Geschwisterkinder, da sie bei der Untersuchung oft ablenken. Ist Ihr Kind krank, sagen Sie den Termin bitte ab. Achten Sie bitte auf SMS-Nachrichten – wir informieren Sie bei Änderungen.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Ihr schulärztliches Team des Gesundheitsamtes Köln

**Gebärdendolmetscher:** Wenn Sie oder Ihr Kind einen Gebärdendolmetscher brauchen, sagen Sie uns bitte frühzeitig per Telefon oder E-Mail Bescheid. Dann kann die Untersuchung mit Dolmetscher stattfinden.



Anamnesebogen für Untersuchungen durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst

**01 Seit wann lebt die Familie in Deutschland?**

01.1 - **Kind:** seit Geburt ☐ seit dem Jahr \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

01.2 - **ET 1: männlich** ☐ **weiblich** ☐ **divers** ☐ seit Geburt ☐ seit dem Jahr \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

01.3 - **ET 2: männlich** ☐ **weiblich** ☐ **divers** ☐ seit Geburt ☐ seit dem Jahr \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**02 Welche Sprache wurde in den ersten drei Lebensjahren mit dem Kind zuhause überwiegend gesprochen (Muttersprache)?**

Deutsch ☐ andere Sprache ☐ Welche? \_\_\_\_\_

**03 Welche Sprachen werden in der Familie außerdem noch gesprochen?**

\_\_\_\_\_

**04 Seit wann besucht Ihr Kind eine Kindertagesstätte?** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_ gar nicht ☐

(Tag | Monat | Jahr)

Straße und Hausnummer der KiTa: \_\_\_\_\_

**05 Konnte Ihr Kind mit 18 Monaten frei laufen?** ja ☐ nein ☐

**06 Konnte Ihr Kind mit 2 Jahren bereits 50 Wörter sprechen?** ja ☐ nein ☐

**07 Ist Ihr Kind tagsüber schon trocken?** ja ☐ nein ☐

**08 Ist Ihr Kind nachts schon trocken?** ja ☐ nein ☐

**09 Gibt es Besonderheiten in der Entwicklung Ihres Kindes?**

09.1 - **Schlafstörungen** ja ☐ nein ☐

09.2 - **Unfälle** (nur häufige oder schwere Unfälle) ja ☐ nein ☐

09.3 - **Chronische Erkrankungen** (z. B. Allergie, Asthma, Epilepsie, Diabetes) ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

09.4 - **Braucht Ihr Kind Medikamente?** ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**10 Wie ist Ihre persönliche Einschätzung? Mein Kind**

10.1 - **kann sich ausreichend lange konzentrieren.** ja ☐ nein ☐

10.2 - **kann altersgemäß erzählen.** ja ☐ nein ☐

10.3 - **kann altersgemäß malen.** ja ☐ nein ☐

10.4 - **kommt gut mit anderen Kindern zurecht.** ja ☐ nein ☐

10.5 - **ist unruhiger/zappeliger als normal für sein Alter.** ja ☐ nein ☐

10.6 - **ist ängstlicher als normal für sein Alter.** ja ☐ nein ☐

- 11 **Ist Ihr Kind**  
zu dünn? ☐ normalgewichtige? ☐ zu dick? ☐
- 12 **Mein Kind**
- 12.1 **besucht regelmäßig einen Sportverein** ja ☐ nein ☐
- 12.2 **kann Schwimmen** ja ☐ nein ☐
- 14 **Mein Kind**
- 14.1 **- hat folgende Geräte im Kinderzimmer:**  
keines ☐ Fernseher ☐ PC ☐ Spielekonsole (Playstation/X-Box/Wii) ☐
- 13.2 **- schaut im Durchschnitt pro Tag Fernsehen oder spielt Computer bzw. mit Handy/Tablet/Spielekonsole** (Bitte auch das Wochenende mitberücksichtigen)  
insgesamt \_\_\_\_\_ Minuten pro Tag.
- 14 **Bisherige Fördermaßnahmen für Ihr Kind**  
(Diagnostik/Beratung/Therapie): ja ☐ nein ☐
- 14.1 **- Falls ja, bitte ankreuzen welche:**  
Heilpädagogische Förderung im Kindergarten ☐ Frühförderzentrum ☐ SPZ ☐  
Ergotherapie ☐ Sprachtherapie ☐ Krankengymnastik/Bewegungstherapie ☐  
Psychologische Beratung/Therapie ☐ Familienberatung ☐  
andere ☐ Welche? \_\_\_\_\_
- 15 **Mit im Haushalt lebende Geschwister:** (nur Geburtsjahr) keine ☐
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_
- 16 **Besonderheiten zum Sorgerecht** (z.B. Kontaktverbot, Informationsverweigerung, etc.)  
\_\_\_\_\_
- 16.1 **Unsere Familie wird betreut von einem**  
Vormund ☐ Familienhilfe ☐ wird nicht betreut ☐
- 17 **Der Fragebogen wurde ausgefüllt durch:** (Bitte nur ein Kreuz machen)  
Eltern gemeinsam ☐ ET 1 ☐ ET 2 ☐ Großeltern ☐  
andere Verwandte ☐ Pflege-/Adoptiveltern ☐ Betreuende ☐
- 18 **Was möchten Sie mit der Ärztin / dem Arzt besprechen?**



Zur besseren Erfassung der Lebenssituation der Kölner Kinder würden wir uns freuen, wenn Sie uns die folgenden Fragen beantworten.

Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus - er wird anonym, also ohne Namen, ausgewertet.

Die Beantwortung der Fragen hat keinen Einfluss auf das Ergebnis der schulärztlichen Untersuchung.

Um alle Familien wertschätzend zu berücksichtigen, verwenden wir die Begriffe „Elternteil 1“ und „Elternteil 2“ mit der Möglichkeit, „männlich“, „weiblich“ oder „divers“ anzukreuzen. Bitte wählen Sie die Angaben, die zu Ihrer Familie passen, und verwenden Sie diese Angaben durchgängig. Ihre Angaben sind freiwillig, vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte ankreuzen: Elternteil (ET) 1: männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐  
Elternteil (ET) 2: männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐

### Welchen Schulabschluss haben Sie?

(Bitte für beide Eltern nur den jeweils höchsten Abschluss angeben)

ET 1 ET 2

Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Realschulabschluss (mittlere Reife, Fachoberschulreife)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Abschluss Polytechnische Oberschule (POS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
Abitur (Gymnasium bzw. EOS, fachgebundene Hochschulreife)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
Anderer Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
Schule beendet ohne Schulabschluss/kein Schulbesuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
Noch keinen Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8

01

### Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?

(Bitte für beide Eltern nur den jeweils höchsten Abschluss angeben)

ET 1 ET 2

Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Berufsschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Fachschule (z.B. Meister-, Technikerschule, Berufs-/Fachakademie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
Fachhochschule, Ingenieurschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
Universität, Hochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
Anderer Ausbildungsabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
Kein beruflicher Abschluss und auch nicht in Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
Noch in Ausbildung (Auszubildende/r, Student/in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8

02

**Welche der folgenden Angaben zur Berufstätigkeit trifft auf Sie zurzeit zu?**

03

(Bitte jeweils für beide Eltern angeben)

**ET 1 ET 2**

Nicht berufstätig (z.B. Hausfrau/-mann, Student/in, Rentner/in)

☐ ☐

1

Arbeitslos

☐ ☐

2

Vollzeit beschäftigt plus Unterstützung durch Bürgergeld

☐ ☐

3

Teilzeit plus Unterstützung durch Bürgergeld

☐ ☐

4

Vorübergehende Freistellung (z.B. Elternzeit)

☐ ☐

5

Teilzeit oder Stundenweise beschäftigt

☐ ☐

6

Voll berufstätig

☐ ☐

7

Auszubildende/r (z.B. Lehrling)

☐ ☐

8

**Bei wem lebt das Kind hauptsächlich? (unabhängig vom Sorgerecht)**

04

(Hier bitte nur ein Kreuz machen)

Leibliche Eltern

☐

1

Leibliche Mutter und ihr Ehemann/Partner oder ihre Ehefrau-/eingetragene Lebenspartnerin/Partnerin

☐

2

Leiblicher Vater und seine Ehefrau/Partnerin oder sein Ehemann/eingetragener Lebenspartner/Partner

☐

3

Mutter

☐

4

Vater

☐

5

Großeltern oder andere Verwandte

☐

6

Pflegeeltern/Adoptiveltern

☐

7

In einem Heim

☐

8

Abwechselnd bei den getrennt lebenden Eltern

☐

9

**Mit wie vielen Geschwistern lebt Ihr Kind zusammen?**

05

Gemeint sind auch Halbgeschwister, angeheiratete Geschwister, Adoptivgeschwister und Kinder der Ehe-/Lebens-/Partnerin/des Ehe-/Lebens-/Partners, die mit im Haushalt leben.

Mein Kind lebt zurzeit mit \_\_\_\_\_ Geschwistern zusammen.