

DETAILS REGARDING THE CHILD

(all details are voluntary and, of course, are subjected to confidentiality and data protection)

ANGABEN ZUM KIND (alle Angaben sind freiwillig, unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutz)

Please complete in German BITTE IN DEUTSCH AUSFÜLLEN

Second name Name	First name Vorname	Date of birth/Nationality Geburtsdatum/Nationalität
Which person spends the most time with the child at home? Welche Person verbringt die meiste Zeit mit dem Kind zuhause?	Siblings of the child (Only enter the age) Geschwister des Kindes (nur Alter angeben)	Responsible medical surgery Betreuende ärztliche Praxis
Pregnancy and birth history: Schwangerschaft und Geburtsverlauf:		
<input type="checkbox"/> With the following special features: Mit folgenden Besonderheiten		<input type="checkbox"/> Without anything special ohne Besonderheiten
<input type="checkbox"/> Premature birth _____week Frühgeburt _____Woche	<input type="checkbox"/> Caesarean section Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Complications Komplikationen
Did or does your child have the following problems? Hatte oder hat Ihr Kind folgende Probleme?		
<input type="checkbox"/> Frequent bronchitis häufig Bronchitis	<input type="checkbox"/> Asthma Asthma	<input type="checkbox"/> Eczema / Neurodermatitis Ekzem / Neurodermitis
<input type="checkbox"/> Frequent abdominal pain häufig Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Frequent headache häufig Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Frequent or longer-lasting rhinitis häufig oder lang andauernden Schnupfen
<input type="checkbox"/> Frequent middle ear infections/ problems with the ears häufig Mittelohrentzündungen/ Probleme mit den Ohren		last hearing test _____ letzter Hörtest
<input type="checkbox"/> Allergic to _____ Allergie gegen		
<input type="checkbox"/> Cramp attacks (brain seizures) _____ Krampfanfälle (Gehirnkrämpfe)		
<input type="checkbox"/> Miscellaneous serious or chronic illnesses _____ Sonstige ernsthafte oder chronische Erkrankungen		
<input type="checkbox"/> Inpatient attendance in hospital, operations or accidents _____ Krankenhausaufenthalte, Operationen oder Unfälle		
<input type="checkbox"/> Medication taken _____ Medikamenteneinnahme		
Has your child been, or is your child currently, receiving medical treatment? War oder ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung?		<input type="checkbox"/> No, no treatment nein, keine Behandlung
<input type="checkbox"/> Ophthalmological treatment augenärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/> ENT treatment HNO-ärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/> Dental treatment zahnärztliche Behandlung
		<input type="checkbox"/> Orthodontic treatment kieferorthopäd. Behandlung
<input type="checkbox"/> Miscellaneous (e.g.SPZ) _____ Sonstiges (SPZ)		
Did or does your child receive therapy or remedial measures? Hatte oder hat Ihr Kind Therapie oder Fördermaßnahmen?		<input type="checkbox"/> No, no therapy nein, keine Therapie
<input type="checkbox"/> Speech therapy/logopaedics Sprachtherapie/Logopädie	<input type="checkbox"/> Physiotherapy Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Occupational therapy Ergotherapie
		<input type="checkbox"/> Psychological care psychologische Betreuung
<input type="checkbox"/> Miscellaneous treatment or therapy _____ sonstige Behandlung oder Therapie		

Which of the following details apply to your child?

Welche der folgenden Angaben treffen auf Ihr Kind zu?

The child was able to walk freely at _____months

Es konnte mit _____Monaten frei laufen

The child started talking at _____months

Es begann mit _____Monaten zu sprechen

- | | | | |
|---|--|---|--|
| - The child crawls
ist gekrabbelt | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
ja nein | - Likes to listen to stories and reading out loud
hört gerne beim Erzählen und Vorlesen zu | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> More like no
ja eher nein |
| - Speaks appropriately for the age
spricht altersgemäß | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
ja nein | - Can occupy themselves alone
kann sich alleine beschäftigen | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> More like no
ja eher nein |
| - Is dry during the day and at night
ist tagsüber und nachts trocken | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
ja nein | - Concentrates well in the group
konzentriert sich in der Gruppe gut | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> More like no
ja eher nein |
| - Is frequently restless
ist häufig unruhig | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
ja nein | - Has friends and playmates
hat Freunde und Spielkameraden | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> More like no
ja eher nein |
| - Likes to go to nursery school
geht gerne in den Kindergarten | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> More like no
ja eher nein | | |
| - Can wait patiently
kann geduldig abwarten | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> More like no
ja eher nein | | |

How long does your child occupy themselves by using electronic devices such as TV, mobile phone, tablet, computer, game consoles?

Wie lange beschäftigt sich ihr Kind mit elektronischen Geräten wie TV, Handy, Tablet, Computer, Spielkonsolen?

Daily in total approx. _____minutes Less often than every day

Täglich insgesamt ca. _____Minuten seltener als täglich

Details regarding parent or guardian in case of migration history:

Angaben zu den Erziehungsberechtigten bei Migrationsgeschichte:

Parent 1 Elternteil 1

Name, First Name _____

Name, Vorname

Language knowledge:

Sprachkenntnisse:

Country of origin _____

Herkunftsland

 German

Deutsch

In Germany since _____

In Deutschland seit

 Further details _____

weitere

Parent 2 Elternteil 2

Name, First Name _____

Name, Vorname

Language knowledge:

Sprachkenntnisse:

Country of origin _____

Herkunftsland

 German

Deutsch

In Germany since _____

In Deutschland seit

 Further details _____

weitere

Details regarding the legal guardian:

Angaben der Erziehungsberechtigten:

Occupation:

Berufliche Tätigkeit: Elternteil 1

Parent 2

Elternteil 2

Way of life

Lebensform

Custody

Sorgerecht

Unemployed
nicht erwerbstätig Natural parents
leibliche Eltern Joint custody
gemeinsames SorgerechtFull time
Vollzeit Single parent
alleinerziehend Sole custody
alleiniges SorgerechtPart time
Vollzeit Alternating model
alleinerziehendHousewife/houseman
Hausfrau/-mann Separated
in TrennungParental leave
Elternzeit In a partnership
in PartnerschaftEarly retirement
Frührente Foster parent
Pflegeeltern