

Landratsamt / Stadtverwaltung _____
 Gesundheitsamt
 Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Datum _____

Schulärztliche Vorsorgeuntersuchung *

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,
 gemäß § 2 Abs. 2 Thüringer Schulgesundheitspflegeverordnung (ThürSchulgespfIVO) informieren wir Sie hiermit über die vorgesehene Vorsorgeuntersuchung Ihrer Tochter/Ihres Sohnes und übergeben rückseitig einen Fragebogen, durch den die für die Untersuchung erforderlichen Daten erhoben werden.

Termin	Uhrzeit	Ort
--------	---------	-----

Diese Vorsorgeuntersuchung ist gemäß § 3 Abs. 1 ThürSchulgespfIVO eine schulärztliche Pflichtuntersuchung, um gesundheitliche Beeinträchtigungen oder eventuelle Entwicklungsstörungen erkennen, fachlich abklären und einer Behandlung zuführen zu können. Bei Feststellung von gesundheitlichen Störungen, welche die spätere Berufstauglichkeit beeinträchtigen könnten, bieten wir Ihnen eine persönliche Beratung in unseren Sprechstunden (nach Voranmeldung) an.

Die nachfolgenden Fragen sollen dem Schularzt hinsichtlich der Beurteilung der Entwicklung und Belastbarkeit Ihrer Tochter/Ihres Sohnes helfen. Als Sorgeberechtigte sind Sie gemäß § 3 Abs. 2 ThürSchulgespfIVO verpflichtet, im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung dem Schularzt Vorerkrankungen, bekannte Gesundheits- und Entwicklungsstörungen und den Impfstatus Ihrer Tochter/Ihres Sohnes mitzuteilen. Vor diesem Hintergrund nehmen Sie bitte auch die Informationen gemäß Art. 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) auf dem Formblatt „Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst Ihres Gesundheitsamtes informiert zur schulärztlichen Untersuchung von Klassenstufen“ zur Kenntnis.

Da fehlende Angaben die ärztliche Beurteilung des Gesundheitszustandes Ihrer Tochter/Ihres Sohnes einschränken, bitten wir um vollständiges Ausfüllen des Fragebogens für den Zeitraum seit der letzten schulärztlichen Untersuchung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte geben Sie am Untersuchungstag Ihrer Tochter/Ihrem Sohn den ausgefüllten Fragebogen im verschlossenen Umschlag, den Impfausweis und die Brille (falls vorhanden) mit.

Gern können Sie bei der Untersuchung Ihrer Tochter/Ihres Sohnes anwesend sein.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Ihr Schularzt

Name Ihrer Tochter / Ihres Sohnes	Geburtsdatum	Schule
-----------------------------------	--------------	--------

Für eine ggf. erforderliche Kontaktaufnahme bitten wir Sie um folgende Angaben (zur Aktualisierung unserer Unterlagen):

Name, Vorname der Mutter (der/des 1. Sorgeberechtigten)		Name, Vorname des Vaters (der/des 2. Sorgeberechtigten)	
Wohnanschrift (Straße, Haus-Nummer, PLZ, Ort)	Telefon	Wohnanschrift (Straße, Haus-Nummer, PLZ, Ort)	Telefon

* Rechtsgrundlagen für die schulärztliche Vorsorgeuntersuchung:

§§ 55/57 Thüringer Schulgesetz (ThürSchulG) vom 30.04.2003 i. V. m. §§ 1-4 Thüringer Schulgesundheitspflegeverordnung (ThürSchulgespfIVO) vom 26.09.2002, §§ 119/120 Thüringer Schulordnung (ThürSchulO) vom 20.01.1994.

Ist oder war Ihre Tochter/Ihr Sohn seit der letzten schulärztlichen Untersuchung wegen der nachfolgend angeführten Krankheiten oder Gesundheitsstörungen in Behandlung oder Betreuung? Zutreffendes bitte ankreuzen!

	Jahr		Jahr
<input type="checkbox"/> Bronchitis		<input type="checkbox"/> Augenerkrankung	
<input type="checkbox"/> Lungenentzündung		<input type="checkbox"/> Brille seit	
<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale		<input type="checkbox"/> letzte Augenarztvorstellung / letzte Brille	
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung		<input type="checkbox"/> Allergie(n), welche?	
<input type="checkbox"/> Blasen- und Nierenerkrankung		<input type="checkbox"/> Ekzem	
<input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung		<input type="checkbox"/> andere Hauterkrankung, welche	
<input type="checkbox"/> Anfallsleiden		<input type="checkbox"/> Hüfterkrankung	
<input type="checkbox"/> Verhaltensstörung		<input type="checkbox"/> Wirbelsäulenerkrankung	
<input type="checkbox"/> Sprachstörung		<input type="checkbox"/> Erkrankung der Füße	
<input type="checkbox"/> Ohrenerkrankung		<input type="checkbox"/> andere Skeletterkrankung, welche?.....	
<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit		<input type="checkbox"/> in orthopädischer Behandlung seit	

Sonstige Erkrankungen (einschließlich Unfälle und Operationen), Krankenhausaufenthalte, Kuren:

Befindet sich Ihre Tochter/Ihr Sohn in ständiger ärztlicher Kontrolle/Behandlung? Weshalb?

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn eine Sportbefreiung? nein ja

Wurden oder werden Ihrer Tochter/Ihrem Sohn über längere Zeit Arzneimittel verordnet?

nein ja, welche?

Besteht ein Grad der Behinderung (GdB)? nein ja, welcher GdB? _____

Schwerbehindertenausweis liegt vor? nein ja

Besteht Pflegebedürftigkeit? nein ja, mit welchem Pflegegrad? _____

Über welche gesundheitlichen Beschwerden klagt Ihre Tochter/Ihr Sohn aktuell?

Haben Sie oder Ihre Tochter/Ihr Sohn spezielle Fragen an den Schularzt?

Datum

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten

für die Kenntnisnahme der Informationen gemäß Art. 13 EU-DSGVO und für die Richtigkeit der oben stehenden Angaben