



Datum: _____

Kinder- und jugendärztliche Einschulungsuntersuchung¹, Einladung und Fragebogen

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,

mit der Einschulung beginnt ein entscheidender Lebensabschnitt mit neuen Anforderungen für Ihr Kind. Zuvor ist zur Feststellung, ob Ihr Kind aus ärztlicher Sicht den Anforderungen der Schule gewachsen sein wird, eine Vorsorgeuntersuchung (Einschulungsuntersuchung) durch den Schularzt, in Anwesenheit eines Sorgeberechtigten, erforderlich.

Die Einschulungsuntersuchung Ihres Kindes findet zu folgendem Termin statt:

Name, Vorname (Kind)	Geburtsdatum	Schule
Termin (Datum, Uhrzeit) der Untersuchung	Untersuchungsort	

Sie sind als Sorgeberechtigte verpflichtet, im Rahmen der Einschulungsuntersuchung dem Schularzt Vorerkrankungen, bekannte Gesundheits- und Entwicklungsstörungen und den Impfstatus Ihres Kindes mitzuteilen. Vor diesem Hintergrund nehmen Sie bitte auch die Informationen gemäß Art. 13 der EU-Datenschutzgrundverordnung auf dem Formblatt „Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst Ihres Gesundheitsamtes informiert zur Einschulungsuntersuchung“ zur Kenntnis.

Anbei erhalten Sie einen Fragebogen mit der Bitte um Angaben für den Schularzt. Ihre Angaben sollen dem Schularzt helfen, Ihr Kind kennenzulernen, um es in seiner Entwicklung und Belastbarkeit aus medizinischer Sicht besser einschätzen zu können.

Der Schulleiter wird, Ihr Einverständnis vorausgesetzt, nur über die im Zusammenhang mit dem Schulbesuch maßgeblichen Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchung in zusammengefasster Form informiert.

Bitte bringen Sie zur Einschulungsuntersuchung beiliegenden ausgefüllten **Fragebogen**, das **Heft zur Dokumentation der Früherkennungsuntersuchungen (U-Reihe)**, den **Impfausweis**, und sofern vorhanden die **Brille Ihres Kindes** mit.

Sollten Sie den Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, sich mit uns in Verbindung zu setzen.

Mit freundlichen Grüßen - Ihr Schularzt

Angaben für den Schularzt:

Bitte deutlich in Druckschrift ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen.

<u>Mutter/Sorgeberechtigte</u> Name, Vorname: Wohnanschrift (Straße, Haus-Nummer, PLZ, Ort): Telefon (freiwillige Angabe):	<u>Vater/Sorgeberechtigter</u> Name, Vorname: Wohnanschrift (Straße, Haus-Nummer, PLZ, Ort): Telefon (freiwillige Angabe):
---	---

¹Rechtsgrundlagen für die Einschulungsuntersuchung:

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

1. Betreuung des Kindes: Kindergartenbesuch nein ja (Monat/Jahr) von:/.....bis:...../.....

2. Entwicklung des Kindes: Sitzen mitMonaten, frei laufen mit.....Monaten, Worte sprechen mitMonaten,
Zwei-Wort- Sätze sprechen mit.....Monaten, tags und nachts sauber mit.....Monaten

Besonderheiten:

Durchgeführte Maßnahmen zur Entwicklungsförderung/Frühförderung? keine Physiotherapie Ergotherapie
 Logopädie Heilpädagogik Motopädie Psychotherapie Psychologische Beratung

Genutzte Institutionen zur Entwicklungsförderung?

keine Interdisziplinäre Frühförderstelle (IFF)
 Heilpädagogische Beratungsstelle Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
 Erziehungsberatungsstelle Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (KJÄD) Gesundheitsamt
 Integrativer Kindergarten andere, welche?.....

3. Gesundheitsstörungen in der Familie des Kindes (bei den Großeltern/Eltern/Geschwistern):

keine Schwerhörigkeit Brillenträger Epilepsie Bluthochdruck
 Asthma bronchiale Ekzeme Allergien Diabetes mellitus Psychische Krankheiten
 Krebserkrankung, welche?.....
 andere, welche?.....

4. Schwangerschaft und Geburtsverlauf: Geburtsgewichtg, Geburtsgrößecm

Normalgeburt Frühgeburt Steißlage Zange Saugglocke Kaiserschnitt
 Mehrlingsgeburt Gelbsucht körperliche Fehlbildung Blutaustausch

5. überstandene Krankheiten des Kindes, wann? (Jahresangabe):

Mumps, wann?..... Masern, wann?..... Röteln, wann?.....
 Keuchhusten, wann? Windpocken, wann?..... Scharlach, wann?.....
 Hirnhautentzündung, wann? Harnblasen- Nierenerkrankung, wann?
 schwere Darmerkrankung, wann und welche?
 andere schwere Erkrankungen, wann und welche?.....
 Krankenhausaufenthalte, wann und warum?.....
 Operationen, wann und warum?.....
 Unfälle, wann und welche Verletzung?.....
 Kuren, wann mit welchem Behandlungsschwerpunkt?

6. Gesundheitsstörungen und Besonderheiten beim Kind:

Sehstörung, Brille seit (Monat/Jahr)...../..... letzte Brille seit (Monat/Jahr)...../..... Bettnässen
 Hörstörung häufig Mittelohrentzündung Mundatmer häufig Infekte
 Heuschnupfen Schlafstörung Chronische Bronchitis Asthma bronchiale
 Ekzeme Allergien, welche?..... Sprachstörung Krampfanfälle/Epilepsie
 starke motorische Unruhe übermäßige Ängstlichkeit chronische Darmerkrankung, welche?.....
 Skeletterkrankungen, welche (Wirbelsäule, Hüfte, Füße o.a.)?.....
 sonstige schwere Erkrankungen, welche?.....
 Einnahme von Medikamenten, welche?
 jetzige Beschwerden, welche?

7. betreuender Arzt des Kindes: Kinderarzt Hausarzt anderer, welcher?.....
Name des betreuenden Arztes.....

Datum

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten

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