

Landratsamt / Stadtverwaltung \_\_\_\_\_  
 Gesundheitsamt  
 Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Dienststempel

Datum \_\_\_\_\_

## Kinder- und jugendärztliche Einschulungsuntersuchung<sup>1</sup>

### 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 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 dieser Vorsorgeuntersuchung dem Schularzt Vorerkrankungen, bekannte Gesundheits- und Entwicklungsstörungen und den Impfstatus Ihres Kindes mitzuteilen. Daher erhalten Sie anbei einen Fragebogen mit der Bitte um entsprechende 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  
 Im Auftrag

Ihr Schularzt

#### Angaben für den Schularzt:

Bitte deutlich in Druckschrift ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen.

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

<sup>1</sup> Rechtsgrundlagen:  
 Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städte vom 8. August 1990 in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Oktober 1998 in Verbindung mit landesspezifischen Regelungen in der jeweils aktuellen Fassung;  
 Thüringer Schulgesetz §§ 55/57; Thüringer Verordnung über die Schulgesundheitspflege §§ 2, 3, 4; Thüringer Schulordnung für die Grundschule, die Regelschule, die Gemeinschaftsschule, das Gymnasium und die Gesamtschule §§ 119/120.

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

**2. Entwicklung des Kindes:** Sitzen mit \_\_\_\_ Monaten,    frei laufen mit \_\_\_\_ Monaten,    Worte sprechen mit \_\_\_\_ Monaten  
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**    Geburtsgewicht \_\_\_\_\_ g    Geburtsgröße \_\_\_\_\_ cm

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    Schlafstörungen    Chronische Bronchitis    Asthma bronchiale  
Ekzeme    Allergien, welche? \_\_\_\_\_    Sprachstörungen    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