Gesundheitsamt / Jugendärztlicher Dienst
Rainweg 81, 07318 Saalfeld
Tel.: 03671/823674

Landkreis
Saalfeld-Rudolstadt

Kinder- und jugendärztliche Schuleingangsuntersuchung[1], 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 die Schulärztin/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** **Gesundheitsamt, Saalfeld, Rainweg 81, Zi. 117**	

Sie sind als Sorgeberechtigte verpflichtet, im Rahmen der Einschulungsuntersuchung der Schulärztin/dem Schularzt Vorerkrankungen, bekannte Gesundheits- und Entwicklungsstörungen und den Impfstatus Ihres Kindes mitzuteilen.
Freiwillige Angaben sind als solche gekennzeichnet.
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 die Schulärztin/den Schularzt. Ihre Angaben sollen der Schulärztin/dem Schularzt helfen, Ihr Kind kennenzulernen, um es in seiner Entwicklung und Belastbarkeit aus medizinischer Sicht besser einschätzen zu können.
Die Schulleiterin/der Schulleiter wird nur über die im Zusammenhang mit dem Schulbesuch maßgeblichen Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchung in zusammengefasster Form informiert. Darüberhinausgehende Übermittlungen personenbezogener Daten erfolgen nur mit Ihrer Einwilligung.
Bitte bringen Sie zur Einschulungsuntersuchung beiliegenden ausgefüllten **Fragebogen**, das **Heft zur Dokumentation der Früherkennungsuntersuchungen (U-Reihe**; die Vorlage ist freiwillig), 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
Christian Stiehler
Leiter des Gesundheitsamtes

Angaben für den Schularzt: Bitte deutlich in Druckschrift ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen.

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

[1]Rechtsgrundlagen für die Schuleingangsuntersuchung:
§§ 55/57 Thüringer Schulgesetz (ThürSchulG) vom 30.04.2003 (in der aktuellen Fassung) i. V. m. §§ 1-4 Thüringer Schulgesundheitspflegeverordnung (ThürSchulgespflVO) vom 26.09.2002 (in der aktuellen Fassung), §§ 119/120 Thüringer Schulordnung (ThürSchulO) vom 20.01.1994 (in der aktuellen Fassung).

Formular des Thüringer Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie vom 07.01.2020.
Aktualisiert am 19.08.2024, genehmigt und freigegeben am 23.10.2024 zur Anwendung in den Thüringer Gesundheitsämtern

Die folgenden Angaben sind für die Vorbereitung der Schuleingangsuntersuchung wichtig. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Berücksichtigen Sie bitte, dass der Gesundheits- und Entwicklungsstand Ihres Kindes nur bei vollständiger Beantwortung aller Fragen umfassend beurteilt werden kann.

1 .Betreuung des Kindes (Angaben freiwillig):
Kindergartenbesuch □ Ja, von: ……(Monat/Jahr) bis:…… (Monat/Jahr) □ Nein

2. Entwicklung des Kindes:
Wurden bei Ihrem Kind jemals Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen (z.B. beim Erlernen des Sitzens, des Laufens, der Sprache) festgestellt? □ Ja □ Nein
Wurden bei Ihrem Kind Maßnahmen der Entwicklungs- bzw. Frühförderung (z.B. Logopädie, Ergotherapie, Heilpädagogik) durchgeführt?
□ Ja □ Nein
Zum Untersuchungstermin wird der Arzt Ihnen ggf. erläutern, welche Entwicklungsstörungen von Bedeutung sind. Wenn Sie „Ja“ angekreuzt haben, können Sie nachfolgend Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen bzw. durchgeführte Fördermaßnahmen benennen oder dem Arzt persönlich im Untersuchungsgespräch mitteilen:
……

3. Gesundheitsstörungen in der Familie des Kindes (Angaben freiwillig):
Gibt es in Ihrer Familie (z. B. bei Großeltern, Eltern oder Geschwistern des einzuschulenden Kindes) Gesundheitsstörungen (z. B. Allergie, Asthma bronchiale, Epilepsie), von denen Sie wissen oder vermuten, dass sie auch Auswirkungen auf die Entwicklung oder die Belastbarkeit des Kindes haben können bzw. im Schulalltag zu berücksichtigen wären?
□ Ja □ Nein
Zum Untersuchungstermin wird der Arzt Ihnen ggf. erläutern, welche Erkrankungen von Bedeutung sein könnten. Wenn Sie „Ja“ angekreuzt haben, besteht die Möglichkeit, diese nachfolgend zu benennen oder dem Arzt persönlich im Untersuchungsgespräch mitzuteilen:
……

4. Schwangerschaft und Geburtsverlauf (Angaben freiwillig):
a) Gab es während der Schwangerschaft oder bei der Geburt Vorkommnisse (z. B. Frühgeburt, Komplikationen), von denen Sie annehmen, dass sie Einfluss auf die Entwicklung des Kindes haben oder gehabt haben können?
□ Ja □ Nein
Der Arzt wird Ihnen im Untersuchungsgespräch hierzu gern Erläuterungen geben und Ihre Fragen beantworten.
b) Waren Geburtsgewicht und Geburtsgröße normal?
□ Ja □ Nein

5. Überstandene Krankheiten des Kindes, wann? (Jahresangabe):
□ Mumps, wann? ..... □ Masern, wann? ..... □ Röteln, wann? .....
□ Keuchhusten, wann? …… □ Windpocken, wann? ……. □ Scharlach, wann? .....
□ Hirnhautentzündung, wann? ……..... □ Harnblasenerkrankung, 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:
Gibt oder gab es Gesundheitsstörungen, Krankheiten oder Besonderheiten bei Ihrem Kind, die Ihrer Ansicht nach zu berücksichtigen sind?
□ Ja □ Nein
Wenn Sie „Ja“ angekreuzt haben, besteht die Möglichkeit, diese nachfolgend zu benennen oder dem Arzt persönlich im Untersuchungsgespräch mitzuteilen:

……

7. Betreuende Ärztin/betreuender Arzt des Kindes (Angaben freiwillig):
□ 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 obenstehenden Angaben