



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 durch den Schularzt, in Anwesenheit eines Sorgeberechtigten, erforderlich.

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): _____

¹ 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 schweren Erkrankungen, welche? _____
 Einnahme von Medikamenten, welche? _____
 jetzige Beschwerden, welche? _____

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

Datum _____

Unterschrift der Eltern / Sorgeberechtigten _____