



Einschulungsuntersuchung

Kind:

Termin:

Uhrzeit:

Ort:



Liebe Eltern,

die Einschulungsuntersuchung, deren Rechtsgrundlagen unten aufgeführt sind, wird bei allen schulpflichtigen Kindern durchgeführt. Es handelt sich um eine Vorsorgeuntersuchung, die auf die spezifischen Anforderungen der Schule ausgerichtet ist. Bei Bedarf berät die Schulärztin/der Schularzt Sie und die Schule zu Maßnahmen zur Vorbeugung, Förderung und Behandlung.

Die Aufgabe der Schulärztin/des Schularztes ist es festzustellen, ob das Kind in seiner Reifeentwicklung den Anforderungen der Schule gewachsen ist. Die Untersuchung besteht aus verschiedenen, sehr umfassenden und zeitaufwendigen Tests. Bitte planen Sie mindestens 1 Stunde ein. Es wäre sehr hilfreich, wenn die Kleidung am Untersuchungstag leicht aus- und angezogen werden kann. Außerdem wird der Impfstatus ausschließlich überprüft, die fehlenden Impfungen können dann bei Ihrem Kinderarzt durchgeführt werden.

Um der Schulärztin/dem Schularzt die Beurteilung des Entwicklungs- und Gesundheitszustandes Ihres Kindes zu erleichtern, bitten wir Sie, die umseitigen Fragen zu beantworten. Ihre Angaben sind vertraulich und werden entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes behandelt.

Bitte bringen Sie zum Untersuchungstermin mit:

- **Das Impfbuch**
- **Das Vorsorgeheft**
- **Den beantworteten Fragebogen**
- **Weitere ärztliche Berichte**

Falls Sie an diesem Termin verhindert sein sollten, bitten wir dies mit ihrer zuständigen Grundschule bzw. im Gesundheitsamt zu klären.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Kinder- und jugendärztlicher Dienst

Hinweis zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung:

Die Untersuchung ist im Hessischen Schulgesetz und der Verordnung über die Zulassung und Ausgestaltung von Untersuchungen und Maßnahmen der Schulgesundheitspflege geregelt. Die Daten werden automatisiert gespeichert und **durch die hierzu befugten Mitarbeiter/innen** nur zum Zwecke der Schulgesundheitspflege verwendet. Soweit im Schulgesetz und anderen Rechtsvorschriften zur Verarbeitung der personengebundenen Daten nichts weiter geregelt ist, gelten die Vorschriften des Hessischen Datenschutzgesetzes.

Angaben zur Gesundheitsvorgeschichte

Einschulkind	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)	
zuständige Schule	
Kindergarten-Name: Aufnahmedatum:	
Kinder-/Hausarzt	
Weitere Fachärzte	

	Vater	Mutter
Name, Vorname		
Geburtsjahr		
Herkunftsland		
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)	siehe Kind <input type="checkbox"/>	siehe Kind <input type="checkbox"/>
Telefon		

Geschwister (Geburtsjahr, m/w)	1.	2.	3.
.....
4.	5.	6.	7.
.....

Familienvorgeschichte (Eltern oder Geschwister des Kindes)

Brillen-bzw. Kontaktlinsenträger <input type="checkbox"/>	Lese-Rechtschreibschwäche <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/>	Rechenschwäche <input type="checkbox"/>
Chron. Erkrankungen/ bzw. Behinderungen <input type="checkbox"/> (welche):	

Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung

Probleme während der Schwangerschaft/Geburt	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche):	Geburtsgewicht:
Freies Laufen mitMon.	Besonderheiten der Säuglings- u. Kleinkinderzeit: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche) :	
Erste Worte mitMon.		
Erste Sätze mitMon.		
Tagsüber ohne Windeln mitJahren		
Nachts ohne Windeln mitJahren		

Überstandene Erkrankungen / Unfälle (Zutreffendes ankreuzen bzw. beschreiben)

Windpocken <input type="checkbox"/> Schwere Infektionskrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung):
Andere schwere Erkrankungen:
Unfälle:
Krankenhausaufenthalte, Operationen (auch ambulante):

Derzeitige Gesundheitsstörungen

Oft in ärztlicher Behandlung wegen:		
Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Präparat und Dosierung):		
Sehstörung <input type="checkbox"/>	Brille seit:	Schielbehandlung, Sehschule seit:
Hörstörung <input type="checkbox"/>	Sprachtherapie seit:	
Sprachstörung <input type="checkbox"/>		

Persönliche Besonderheiten

Bewegungsunruhe <input type="checkbox"/>	Konzentrationsschwäche <input type="checkbox"/>	Ängstlichkeit <input type="checkbox"/>	Maßnahmen, Therapien Ergotherapie seit: Psychomotorik seit: Andere Fördermaßnahmen (welche):
Ungeschicklichkeit <input type="checkbox"/>	Verzögerte Entwicklung <input type="checkbox"/>	Einnässen/Einkoten <input type="checkbox"/>	
Sonstiges:			

Eingliederungshilfen

Kindergartenintegrationsplatz von	bis	Frühförderung von	bei	bis
--	-----------	----------------------------	-----------	-----------

Interessen, besondere Fähigkeiten, Stärken:

Ausgefüllt am:

VON:
(Unterschrift)