

Landratsamt / Stadtverwaltung _____
 Gesundheitsamt
 Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Stempel

--

Datum _____

Einschulungsuntersuchung *

Sehr geehrte Eltern / Sorgeberechtigte,

mit der Einschulung beginnt für Ihr Kind ein neuer, entscheidender Lebensabschnitt. Vorher ist eine ärztliche Untersuchung durch den Schularzt notwendig, bei der festgestellt werden soll, ob Ihr Kind aus ärztlicher Sicht den Anforderungen der Schule gewachsen sein wird.

Die nachfolgenden Fragen sollen dem Arzt helfen, Ihr Kind kennenzulernen, um es in seiner Entwicklung und Belastbarkeit besser einschätzen zu können. Gem. § 3 Abs. 2 ThürSchulgespflVO sind Sie als Sorgeberechtigte verpflichtet, im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung dem Schularzt Vorerkrankungen, bekannte Gesundheits- und Entwicklungsstörungen und den Impfstatus Ihres Kindes mitzuteilen. Deshalb bitten wir Sie, die Fragen möglichst vollständig und genau zu beantworten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

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

Die Einschulungsuntersuchung für Ihr Kind findet zum nachfolgend genannten Termin statt.

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

Gem. § 4 Abs. 1 ThürSchulgespflVO ist die Anwesenheit eines Sorgeberechtigten bei der Schulaufnahmeuntersuchung erforderlich. Bitte bringen Sie diesen **Fragebogen**, das gelbe **Vorsorgeheft** und den **Impfausweis** und die **Brille** (falls vorhanden) 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

Mutter/Sorgeberechtigte Name, Vorname	Geburtsjahr	Vater/Sorgeberechtigter Name, Vorname	Geburtsjahr
Wohnanschrift (Straße, Haus-Nummer, PLZ, Ort)	Telefon	Wohnanschrift (Straße, Haus-Nummer, PLZ, Ort)	Telefon
Beruf/ Tätigkeit		Beruf/Tätigkeit	

* Rechtsgrundlagen für schulärztliche Untersuchungen

§§ 55/57 Thüringer Schulgesetz (ThürSchulG) i.d.F.d. Neubekanntmachung vom 30. April 2003 (GVBl. Nr. 7 S. 238) i.V.m.d.Thür.VO über die Schulgesundheitspflege (ThürSchulgespflVO) v. 26.09.2002 (GVBl. Nr. 12 S. 365),

§§ 119/120 Thüringer Schulordnung (ThürSchulO) vom 20. Januar 1994 i.d.F.d.B. der 7. VO zur Änderung der ThürSchulO vom 27.02.2003, VO über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der GÄ in den Landkreisen und kreisfreien Städten vom 08. August 1990 (GBI. I S. 1068) in der Fassung der Bekanntmachung der als Landesrecht fortgeltenden Vorschriften der ehemaligen DDR vom 02. Oktober 1998 (GVBl. Nr. 17, S. 329)

Geschwister des Kindes

Geburtsjahr

Kindergartenbesuch (Jahr) von: _____ bis: _____

Krankheiten bei Großeltern, Eltern und Geschwistern des Kindes

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Ekzeme | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Sonstige schwere Erkrankungen | |

Schwangerschaft und Geburtsverlauf

- Erkrankung der Mutter während der Schwangerschaft (Art der Erkrankung) _____
- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normalgeburt | <input type="checkbox"/> Frühgeburt | <input type="checkbox"/> Saugglocke |
| <input type="checkbox"/> Zange | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> Steißlage |
| <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt | <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Körperfehler |
| <input type="checkbox"/> Blutaustausch | Geburtsgewicht : _____ g | Geburtsgröße: _____ cm |

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 / Frühförderung: _____

überstandene Krankheiten (mit Angabe des Jahres)

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Scharlach |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Blasen- und Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Gehirnhautentzündung | <input type="checkbox"/> Ziegenpeter | <input type="checkbox"/> Schwere Darmerkrankungen/Gedeihstörungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige schwere Erkrankungen | | |

Krankenhausaufenthalte, Operationen, Unfälle, Kuren

Gesundheitsstörungen und Besonderheiten bei Ihrem Kind

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen | Brille seit _____ | Letzte Brille _____ |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündungen | <input type="checkbox"/> Mundatmer |
| <input type="checkbox"/> Häufige Infekte | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Skeletts (Wirbelsäule, Hüfte, Füße) |
| <input type="checkbox"/> asthmoide Bronchitis | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Ekzeme | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Starke motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> Übermäßige Ängstlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Bettnässen | <input type="checkbox"/> Sonstige ernsthafte Erkrankungen _____ | |

Einnahme von Medikamenten, welche: _____

jetzige Beschwerden: _____

Arzt des Kindes: _____

Unterschrift der Eltern / Sorgeberechtigten

Datum