

Alle Angaben sind freiwillig

Einschulkind	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort/-land	
Staatsangehörigkeit bei Geburt	
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)	
zuständige Schule	
Kindergarten (Name, Aufnahmedatum)	
KISS-Sprachscreening	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kinder-/Hausarzt	
Weitere Fachärzte	

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

Geschwister (Geburtsjahr)	1.	2.	3.
4.	5.	6.	7.

Familienvorgeschichte (Eltern oder Geschwister des Kindes)

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

Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung

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

Erkrankungen / Unfälle (Zutreffendes ankreuzen bzw., beschreiben)

<input type="checkbox"/> Windpocken Schwere Infektionskrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung): schwere Erkrankungen/ Krebserkrankungen / Operationen / Unfälle:

Derzeitige Gesundheitsstörungen

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

Therapien und Fördermaßnahmen

Frühförderung von: bis:	Integrationsplatz im Kindergarten von bis
Vorlaufkurs: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ergotherapie von/bis
Sprachtherapie (Logopädie) von/bis	
andere Therapien (welche von/bis):	

Persönliche Besonderheiten

<input type="checkbox"/> Bewegungsunruhe	<input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche	<input type="checkbox"/> Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/> Ungeschicklichkeit
<input type="checkbox"/> Verzögerte Entwicklung	<input type="checkbox"/> Einnässen/Einkoten	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

Interessen:.....

Sport im Verein:.....

Zweisprachige / mehrsprachige Erziehung, Deutsch und

Sehr geehrte Eltern und Erziehungsberechtigte!

Hausanschrift: Barbarossastr. 24, 63571 Gelnhausen
Postanschrift: Postfach 14 65, 63569 Gelnhausen
Amt / Referat: 57 Amt für Gesundheit u. Gefahrenabwehr
Aktenzeichen: 57.3 Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (KJÄD)
Telefon: 06051-85-11540
Telefax: 06051-85-11549
E-Mail: kjaed.gesundheitsamt@mkk.de

Sehr geehrte Eltern,

die schulärztliche Untersuchung für _____

findet am _____ um _____ Uhr

in der _____ statt.

(evtl. Schulstempel)

(Bei Terminänderungen wenden Sie sich bitte an Ihre zuständige Schule)

Vor der Aufnahme eines Kindes in die Schule ist eine schulärztliche Untersuchung / Begutachtung als verbindlicher Bestandteil des Schulaufnahmeverfahrens vorgeschrieben. Diese Untersuchung wird bei allen Kindern, die zu einem Schulbesuch an einer allgemein bildenden Schule in Hessen angemeldet sind, gemäß den Regelungen im Hessischen Schulgesetz (HSG) §§ 71, 149 und der Verordnung über die Zulassung und Ausgestaltung von Untersuchungen und Maßnahmen der Schulgesundheitspflege, dem Hessischen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD) § 10, dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) § 34 Abs.11 sowie § 2 Hessisches Kindergesundheitsschutz-Gesetz unter Beachtung des Hessischen Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetzes, durchgeführt. Es handelt sich um eine Vorsorgeuntersuchung, die auf die spezifischen Anforderungen der Schule ausgerichtet ist.

Um die Beurteilung des Entwicklungs- und Gesundheitszustandes Ihres Kindes und die individuelle Beratung z. B. zu gesundheitsfördernden Maßnahmen zu erleichtern, ist die Beantwortung der umseitigen Fragen notwendig, die neben dem medizinischen auch den sozialen Hintergrund berücksichtigen. Zur Arbeitserleichterung erhalten Sie die Fragen vorab mit der Einladung, damit Sie die Fragen in Ruhe zu Hause ausfüllen können. **Die erbetenen Angaben sind freiwillig, vertraulich und werden entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz behandelt.** Da bei Erstaufnahme in eine allgemein bildende Schule der Impfstatus zu erheben ist und die Untersuchung eine Impfberatung einschließt, ist die Vorlage des Impfbuches Ihres Kindes dringend erforderlich.

Auf die Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) Artikel 13 möchten wir hinweisen.

Bitte bringen Sie zum Untersuchungstermin mit:

- das **IMPFBUCH** und das **VORSORGEHEFT**
- den **Fragebogen (Rückseite)**
- **weitere ärztliche Berichte (falls vorhanden, freiwillig)**

Für die Untersuchung planen Sie bitte ca. 1 Stunde ein.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Ihr Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (KJÄD) des Gesundheitsamtes
(Dieses Schreiben wurde maschinell ohne Unterschrift erstellt)