

Fragebogen zur Kinder- und jugendärztlichen Einschuluntersuchung ¹

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Angaben für den Schularzt:

Bitte deutlich in Druckschrift ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen!

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

Die folgenden Angaben sind für die Vorbereitung der Einschuluntersuchung 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 Nein Ja (Monat/Jahr) von: _____/_____/_____ bis _____/_____/_____

2. Entwicklung des Kindes:

Wurde bei Ihrem Kind jemals Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen bzw. Frühförderung (z.B. beim Erlangen des Sitzens, des Laufens, der Sprache) festgestellt? Nein Ja

Wurden bei Ihrem Kind Maßnahmen der Entwicklungs- bzw. Frühförderung (z.B. Logopädie, Ergotherapie, Heilpädagogik) durchgeführt? Nein Ja

Zum Untersuchungstermin wird der Arzt Ihnen ggf. erläutern, welche Entwicklungsverzögerungen 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. Großeltern, Eltern oder Geschwister des einzuschulenden Kindes) Gesundheitsstörungen (z.B. Allergien, 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? Nein Ja

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? Nein Ja

Der Arzt wird Ihnen im Untersuchungsgespräch hierzu gerne Erläuterungen geben und Ihre Fragen beantworten.

b) Waren Geburtsgewicht und Geburtsgröße normal? Nein Ja

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? _____

Bitte wenden!

6. Gesundheitsstörungen und Besonderheiten beim Kind:

Gibt oder gab es Gesundheitsstörungen, Krankheiten oder Besonderheiten bei Ihrem Kind, die Ihrer Ansicht nach zu berücksichtigen sind?
 Nein Ja

Wenn Sie „Ja“ angekreuzt haben, besteht die Möglichkeit, diese nachfolgend zu benennen oder dem Arzt persönlich im Untersuchungsgespräch mitzuteilen.

7. Betreuender Arzt des Kindes (Angaben freiwillig):

Kinderarzt Hausarzt anderer, welcher? _____

Name des betreuenden Arztes _____

Datum

Unterschrift der Eltern/ Sorgeberechtigten

Für die Kenntnisnahme der Information gemäß Art. 13 EU-DSGVO und für die Richtigkeit der obenstehenden Angaben

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich willige/ Wir willigen hiermit ein,

dass das Gesundheitsamt im Rahmen der Eingangsschuluntersuchung Angaben über die Betreuung des Kindes, Angaben zu Gesundheitsstörungen in der Familie des Kindes sowie Angaben zur Schwangerschaft und Geburtsverlauf sowie Angaben des betreuenden Kinderarztes (Fragen 1, 3, 4 und 7) verarbeiten darf.

Vor- und Nachname und Geburtsdatum des Kindes:

Mir/uns ist bekannt, dass die Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit widerrufen werden kann, ohne dass meinem/unserem Kind daraus Nachteile entstehen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung von personenbezogenen Daten nicht berührt. Der Widerruf richtet sich an:

(Stelle, Kontaktdaten zur Entgegennahme des Widerrufs:)

Datum

Unterschrift der Eltern/ Sorgeberechtigten

(Sofern nur ein Berechtigter unterschreibt, versichert dieser zugleich mit Vollmacht und Zustimmung des anderen sein Einverständnis zu geben)