



Dienststempel  
 Stadt Gera  
 Fachdienst  
 Kinder u. Jugendmedizin  
 Gagarinstr. 68  
 07545 Gera  
 Tel. 0365/8383550

Datum: \_\_\_\_\_

## Kinder- und jugendärztliche Einschulungsuntersuchung<sup>1</sup>, 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 (Einschulungsuntersuchung) durch den Schularzt, in Anwesenheit eines Sorgeberechtigten, erforderlich.

Die Einschulungsuntersuchung Ihres Kindes findet zu folgendem Termin statt:

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

Sie sind als Sorgeberechtigte verpflichtet, im Rahmen der Einschulungsuntersuchung dem Schularzt Vorerkrankungen, bekannte Gesundheits- und Entwicklungsstörungen und den Impfstatus Ihres Kindes mitzuteilen. Vor diesem Hintergrund nehmen Sie bitte auch die Informationen gemäß Art. 13 der EU-Datenschutzgrundverordnung auf dem Formblatt „Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst Ihres Gesundheitsamtes informiert zur Einschulungsuntersuchung“ zur Kenntnis. Anbei erhalten Sie einen Fragebogen mit der Bitte um 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 - 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	Telefon

<sup>1</sup>Rechtsgrundlagen für die Einschulungsuntersuchung:

§§ 55/57 Thüringer Schulgesetz (ThürSchulG) vom 30.04.2003 i. V. m. §§ 1-4 Thüringer Schulgesundheitspflegeverordnung (ThürSchulgespflVO) vom 26.09.2002, §§ 119/120 Thüringer Schulordnung (ThürSchulO) vom 20.01.1994.

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?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine                            | <input type="checkbox"/> Interdisziplinäre Frühförderstelle (IFF)                  |
| <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Beratungsstelle | <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)                         |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle        | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (KJÄD) Gesundheitsamt |
| <input type="checkbox"/> Integrativer Kindergarten        | <input type="checkbox"/> andere, welche?.....                                      |

3. Gesundheitsstörungen in der Familie des Kindes (bei den Großeltern/Eltern/Geschwistern):

- |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine                         | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> Brillenträger | <input type="checkbox"/> Epilepsie         | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck          |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale             | <input type="checkbox"/> Ekzeme          | <input type="checkbox"/> Allergien     | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Psychische Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung, welche?..... |  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> andere, welche?.....          |  |  |  |   |

4. Schwangerschaft und Geburtsverlauf: Geburtsgewicht .....g, Geburtsgröße .....cm

- |  |                                     |  |  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Normalgeburt    | <input type="checkbox"/> Frühgeburt | <input type="checkbox"/> Steißlage               | <input type="checkbox"/> Zange         | <input type="checkbox"/> Saugglocke | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt |
| <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt | <input type="checkbox"/> Gelbsucht  | <input type="checkbox"/> körperliche Fehlbildung | <input type="checkbox"/> Blutaustausch |                                     |  |

5. überstandene Krankheiten des Kindes, wann? (Jahresangabe):

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mumps, wann?.....                                     | <input type="checkbox"/> Masern, wann?.....                        | <input type="checkbox"/> Röteln, wann?.....    |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten, wann? .....                              | <input type="checkbox"/> Windpocken, wann?.....                    | <input type="checkbox"/> Scharlach, wann?..... |
| <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung, wann? .....                       | <input type="checkbox"/> Harnblasen- Nierenerkrankung, wann? ..... |  |
| <input type="checkbox"/> schwere Darmerkrankung, wann und welche? .....        |  |  |
| <input type="checkbox"/> andere schwere Erkrankungen, wann und welche? .....   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalte, wann und warum?.....          |  |  |
| <input type="checkbox"/> Operationen, wann und warum?.....                     |  |  |
| <input type="checkbox"/> Unfälle, wann und welche Verletzung?.....             |  |  |
| <input type="checkbox"/> Kuren, wann mit welchem Behandlungsschwerpunkt? ..... |  |  |

6. Gesundheitsstörungen und Besonderheiten beim Kind:

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sehstörung, Brille seit (Monat/Jahr)...../.....                   | letzte Brille seit (Monat/Jahr)...../.....          | <input type="checkbox"/> Bettnässen                              |  |
| <input type="checkbox"/> Hörstörung  | <input type="checkbox"/> häufig Mittelohrentzündung | <input type="checkbox"/> Mundatmer                               | <input type="checkbox"/> häufig Infekte          |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen  | <input type="checkbox"/> Schlafstörung              | <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis                   | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale       |
| <input type="checkbox"/> Ekzeme  | <input type="checkbox"/> Allergien, welche?.....    | <input type="checkbox"/> Sprachstörung                           | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle/Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> starke motorische Unruhe  | <input type="checkbox"/> übermäßige Ängstlichkeit   | <input type="checkbox"/> chronische Darmerkrankung, welche?..... |  |
| <input type="checkbox"/> Skeletterkrankungen, welche (Wirbelsäule, Hüfte, Füße o.a.)?..... |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> sonstige schwere Erkrankungen, welche?.....                       |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Einnahme von Medikamenten, welche? .....                          |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> jetzige Beschwerden, welche? .....                                |   |  |  |

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

Datum

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten

für die Kenntnisnahme der Informationen gemäß Art. 13 EU-DSGVO und für die Richtigkeit der oben stehenden Angaben

Adresse des Kindes:

Dienststempel

Stadt Gera  
 FG Gesundheitsamt  
 Gagarinstr. 68  
 07545 Gera  
 Fon: 0365/8383550  
 Fax: 0365/8383505

Datum:

## Erfassung des Migrationshintergrundes zur kinder- und jugendärztlichen Untersuchung

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,

dem Schularzt kommt neben der individualmedizinischen Untersuchung die besondere Aufgabe zu, die gesundheitliche Bedarfslage der Kinder und Jugendlichen zu erkennen und auf geeignete Maßnahmen zur Förderung und Wiederherstellung von Gesundheit hinzuwirken. Rechtsgrundlage dafür bildet die Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten vom 8. August 1990. Daten zum Migrationshintergrund haben eine große Bedeutung für gesundheitspolitische Projekte zur Gesundheitsförderung. Unter anderem ermöglichen diese auch dem Schularzt, entsprechende Zielgruppen von Kinder- und Jugendlichen deutlicher zu erkennen, um gesundheitsfördernde Maßnahmen zur Schaffung optimaler Voraussetzungen für einen erfolgreichen Schulbesuch einzuleiten. Vor diesem Hintergrund werden Sie im Rahmen dieser schulärztlichen Untersuchung um Angaben zum Migrationshintergrund gebeten.

Gemäß Art.13 EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) - Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person - Informieren wir Sie über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten wie folgt:

- Die Angabe der Daten beruht auf freiwilliger Basis.
- Eine Verweigerung der Erhebung, Nutzung und Verarbeitung dieser Daten zieht keine Folgen nach sich.
- Alle Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
- Ihrerseits bestehen Rechte auf Auskunftserteilung, Berichtigung und Löschung der Daten.
- Die Daten werden nur solange gespeichert, wie ihre Vorkhaltung für die Aufgabenerfüllung des Schularztes erforderlich ist.
- Die Daten werden innerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienstes nur in anonymisierter bzw. pseudonymisierter Form an das innerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Thüringen für statistische Auswertungen zur Kinder- und Jugendgesundheit zuständige Thüringer Landesverwaltungsamt und das mit diesem zusammenarbeitende Thüringer Landesamt für Statistik weitergegeben.
- Die vom Gesundheitsamt erhobenen personenbezogenen Daten sind nur zur unmittelbaren Nutzung durch die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes bestimmt und werden nicht an Stellen oder Personen außerhalb derselben weitergegeben, auch nicht in anonymisierter oder pseudonymisierter Form.
- Grundsätzlich dürfen Datensätze, die auf die Erfassung von Daten zu Ihrem Kind zurückgehen, selbst als reduzierte Einzeldaten und bei möglicherweise fehlender Personenbeziehbarkeit nicht durch andere als die genannten Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes verarbeitet und genutzt werden, insbesondere auch nicht im Rahmen von wissenschaftlichen Erhebungen, Forschungsarbeiten, Studien oder Ähnlichem (unabhängig vom Auftraggeber), es sei denn, Sie haben dahingehend in gesonderter Form gegenüber dem Gesundheitsamt schriftlich Ihre Einwilligung erklärt und wurden speziell über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme informiert.
- Hier finden Sie die Angaben des für die Datenerhebung und Datenverarbeitung Verantwortlichen im Sinne Art.4 Nr.7 EU-DSGVO (Landratsamt bzw. Stadtverwaltung, Gesundheitsamt, Adresse, Telefon, E-Mail):

Bitte füllen Sie nachfolgende Seite aus, sofern Sie mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten einverstanden sind. Mit freundlichen Grüßen - Ihr Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt:

Kenn-Nummer:.....Untersuchungsart:.....Untersuchungsdatum:.....

**Freiwillige Angaben zum Migrationshintergrund:**

Name, Vorname des zur Untersuchung vorstelligen Kindes:.....

Geburtsdatum des zur Untersuchung vorstelligen Kindes:.....

**1. Welche Sprache wurde in den ersten vier Lebensjahren mit dem Kind überwiegend gesprochen?**

- deutsche Sprache
- andere Sprache, welche?.....
- weitere Sprache(n), welche? .....

**2. Sind Sie in Deutschland geboren?**

- Kind  ja  nein, in welchem Land?.....
- Mutter  ja  nein, in welchem Land?.....
- Vater  ja  nein, in welchem Land?.....

**3. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?**

- Mutter deutsch?  ja →  weitere Staatsangehörigkeit, welche? .....
- nein, welche Staatsangehörigkeit?.....
- Vater deutsch?  ja →  weitere Staatsangehörigkeit, welche? .....
- nein, welche Staatsangehörigkeit?.....
- Kind deutsch?  ja →  weitere Staatsangehörigkeit, welche? .....
- nein, welche Staatsangehörigkeit?.....

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten  
für die Kenntnisnahme der Informationen gemäß Art. 13 EU-DSGVO und zur Einwilligung der Erhebung, Verarbeitung und  
Nutzung oben stehender Daten