

Stadtverwaltung Gera
Gesundheitsamt / Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

<p>Dienststempel</p> <p>Stadt Gera Amt für Gesundheit und Versorgung Abteilung Gesundheitsamt Kinder- und Jugendmedizin 07545 Gera - Gagarinstraße 68 Tel.: 0365 838-3550/3548 Fax.:0365 838-3505 E-Mail: Kinder.Jugendmedizin@gera.de</p>
--

Datum

Kinder- und jugendärztliche Einschulungsuntersuchung, 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	Schule
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Termin (Datum, Uhrzeit) der Untersuchung	Untersuchungsort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Sie sind als Sorgeberechtigte verpflichtet, im Rahmen der Einschulungsuntersuchung dem Schularzt Vorerkrankungen, bekannte Gesundheits- und Entwicklungsstörungen und den Impfstatus Ihres Kindes mitzuteilen. **Freiwillige Angaben sind als solche gekennzeichnet.** 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 nur über die im Zusammenhang mit dem Schulbesuch maßgeblichen Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchung in zusammengefasster Form informiert. Darüberhinausgehende Übermittlungen personenbezogener Daten erfolgen nur mit Ihrer Einwilligung.

Bitte bringen Sie zur Einschulungsuntersuchung beiliegend ausgefüllten Fragebogen, das Vorsorgeheft (U1-U9; die Vorlage ist freiwillig), den Impfausweis und, sofern vorhanden, die Brille Ihres Kindes mit. Ärztliche und therapeutische Befunde (z. B. Krankenhaus, Facharzt, Physio, Ergo, Logo) sowie Bescheide (Frühförderung, Schwerbehinderung, Sonderpädagogisches Gutachten) können freiwillig vorgelegt werden.

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!

Mutter / Sorgeberechtigte	Vater / Sorgeberechtigter
Name / Vorname	Name / Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wohnanschrift (Straße, Haus-Nummer, PLZ, Ort):	Wohnanschrift (Straße, Haus-Nummer, PLZ, Ort):
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon (freiwillige Angabe):	Telefon (freiwillige Angabe):
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¹ Rechtsgrundlagen für die Einschulungsuntersuchung:

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

Die folgenden Angaben sind für die Vorbereitung der Einschulungsuntersuchung 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:

Wurden bei Ihrem Kind jemals Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen (z.B. beim Erlernen 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 Entwicklungsstörungen 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. bei Großeltern, Eltern oder Geschwistern 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? Ja Nein

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? Ja Nein

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

b) Waren Geburtsgewicht und Geburtsgröße normal? Ja Nein

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?

6. Gesundheitsstörungen und Besonderheiten beim Kind:

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

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 Informationen gemäß Art. 13 EU-DSGVO und für die Richtigkeit der obenstehenden Angaben

Stadtverwaltung Gera
Gesundheitsamt / Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Dienststempel

Stadt Gera
Amt für Gesundheit und Versorgung
Abteilung Gesundheitsamt
Kinder- und Jugendmedizin
07545 Gera - Gagarinstraße 68
Tel.: 0365 838-3550/3548
Fax.:0365 838-3505
E-Mail: Kinder.Jugendmedizin@gera.de

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 Vorhaltung 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

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 Angabe des betreuenden Kinderarztes (Fragen 1, 3, 4 und 7) verarbeiten darf.

Vor-und Nachname und Geburtsdatum des Kindes

 , geb.

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 ist zu richten an:

(Stelle, Kontaktdaten zur Entgegennahme des Widerrufs:)

Stadt Gera
Amt für Gesundheit und Versorgung
Abteilung Gesundheitsamt
Kinder- und Jugendmedizin
07545 Gera - Gagarinstraße 68
Tel.: 0365 838-3550/3548
Fax.:0365 838-3505
E-Mail: Kinder.Jugendmedizin@gera.de

Datum

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten

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