



Liebe Eltern,

Ihr Kind wird bald eingeschult und dann die Eingangsstufe der Grundschule besuchen. Für Ihr Kind ist das eine große Veränderung. Es muss nun geistig, aber auch körperlich ganz neue Aufgaben bewältigen. Die meisten Kinder freuen sich auf ihren ersten Schultag. Für manche ist die Umstellung aber auch schwierig, wenn plötzlich so vieles anders ist, als sie es bisher in der Familie oder im Kindergarten gewohnt waren.

Durch die Einschulungsuntersuchung können wir den Entwicklungsstand Ihres Kindes feststellen, und mit Ihnen gemeinsam über notwendige Hilfen und mögliche Förderung beraten, wenn das nötig sein sollte. Unser gemeinsames Ziel ist es, zusammen mit Ihnen sicher zu stellen, dass Ihr Kind die bestmögliche geistige und körperliche Förderung im Schulalter erhält und Freude am Unterricht hat.

Zu dieser bevorstehenden Untersuchung **bitten wir Sie um Ihre Mitarbeit.**

Die Einschulungsuntersuchung ist gesetzlich vorgeschrieben. Alle Kinder müssen daher vor dem Besuch der Schule von uns, den Ärztinnen oder Ärzten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD), untersucht werden. Dies ist im Berliner Schulgesetz und im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG) festgelegt.

-----  **Bitte wenden !**  -----

Schulärztliche Untersuchung Ihres Kindes

Der **Termin** der gesetzlich vorgeschriebenen schulärztlichen Untersuchung für Ihr Kind ist am ____ . ____ . _____ um ____ Uhr.

Ort der Untersuchung: s. nebenstehende Adresse

Sollten Sie den angegebenen Termin wegen dringender Gründe nicht wahrnehmen können, rufen Sie uns bitte möglichst frühzeitig an und vereinbaren einen neuen Termin.

Die Untersuchung wird ca. eine Stunde dauern.

Zur Untersuchung bitten wir Sie, unbedingt folgende Unterlagen mitzubringen:

1. den ausgefüllten beiliegenden Fragebogen
2. das **Impfbuch**
3. das gelbe **Vorsorgeuntersuchungsheft**
4. wichtige ärztliche Befunde und
5. eine eventuell vorhandene **Brille**

Ferner bitten wir Sie, auf freiwilliger Basis das **Ergebnis des Kitasprachtests** mitzubringen.

Wie bereits erwähnt, sind Sie gesetzlich nur verpflichtet, Ihr Kind zur Untersuchung vorzustellen und dann dabei die notwendigen Angaben zu machen. Wir können uns aber sehr viel besser auf die Untersuchung vorbereiten, wenn Sie bereits vorab den beiliegenden Fragebogen ausfüllen. Wir versichern Ihnen ausdrücklich, dass für alle Angaben uneingeschränkt die ärztliche Schweigepflicht gilt. Sie werden daher auch nicht in die Akten der Schule übernommen, sondern verbleiben im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst.

Zusätzlich zu den aufgeführten medizinischen Unterlagen zu Ihrem Kind bitten wir Sie, uns das Ergebnis des Kitasprachtests zur Untersuchung mitzubringen. Dies ist ein Baustein für die Beurteilung der Sprachentwicklung Ihres Kindes bzw. für die evtl. Empfehlung von unterstützenden Fördermaßnahmen. Die Vorlage des Ergebnisses des Kitasprachtests ist freiwillig.

Neben der Untersuchung der Kinder und der Beratung der Eltern ist es uns sehr wichtig, einen Gesamtüberblick über die gesundheitliche Lage von Kindern in Berlin ganz allgemein zu gewinnen. Durch die Auswertung der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen können wir besondere Brennpunkte von Problemen unserer Kinder erkennen. Dies ist Voraussetzung, um wirksame Maßnahmen zu ergreifen. Daher sind solche Auswertungen sogar im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG) vorgeschrieben. Diese Auswertungen erfolgen anonymisiert; niemand kann etwas über ein einzelnes Kind erfahren (statistische Geheimhaltung). Darüber wacht der Berliner Datenschutzbeauftragte, der alle solche Untersuchungen überprüft.

Um ein möglichst gutes und aussagekräftiges Bild zu gewinnen, möchten wir Ihnen zusätzlich noch einige Fragen stellen, die das Lebensumfeld Ihres Kindes betreffen. Die Beantwortung dieser Fragen (Abschnitt 5) ist grundsätzlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch sehr herzlich, auch diese Fragen zu beantworten, weil sie für unsere Arbeit sehr wichtig sind.

Wir freuen uns darauf, Ihr Kind kennen zu lernen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

1. Angaben zur Person

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Staatsangehörigkeit(en): _____ in Deutschland geboren: ja nein

Geschwister unter 18 Jahre:

Vorname	Geburtsjahr	Vorname	Geburtsjahr
1. _____	_____	4. _____	_____
2. _____	_____	5. _____	_____
3. _____	_____	6. _____	_____

Bitte Eltern des Kindes eintragen (nur Personensorgeberechtigte):

Name der Mutter: _____ Vorname: _____

Name des Vaters: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Geburtsland der Mutter: _____ des Vaters: _____

Staatsangehörigkeit

der Mutter: deutsch ja nein andere/weitere: _____

des Vaters: deutsch ja nein andere/weitere: _____

Name des Kinderarztes/Hausarztes: _____

2. Erkrankungen des Kindes (auch frühere):

2.1	Windpocken	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	weiß nicht <input type="radio"/>
2.2	obstruktive Bronchitis/Asthma	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	weiß nicht <input type="radio"/>
2.3	angeborene Herzfehler/Herzkrankungen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	weiß nicht <input type="radio"/>
2.4	Krampfleiden (epileptische Anfälle)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	weiß nicht <input type="radio"/>
2.5	Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	weiß nicht <input type="radio"/>

wenn ja, welche: _____

2.6 andere wichtige Erkrankungen/Unfälle ja nein weiß nicht

wenn ja, welche Erkrankungen/Unfallschäden: _____

2.7 Krankenhausaufenthalte/Operationen Anzahl keine weiß nicht

3. Entwicklung des Kindes

3.1. Wurde/wird Ihr Kind behandelt

durch eine(n) Krankengymnasten/Krankengymnastin?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
durch eine(n) Ergotherapeuten(in)?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
durch eine(n) Logopäden(in)?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
durch andere?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

3.2. Machen Sie sich Sorgen um Ihr Kind wegen

seines Verhaltens?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
seiner Sprachentwicklung?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
seiner Konzentrationsfähigkeit?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
seines Seh- oder Hörvermögens?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

3.3 Nässt Ihr Kind ein? ja nein

4. Betreuung des Kindes

Wie lange (Jahre/Monate) ging ihr Kind bisher

4.1 in eine Kindertagesstätte (auch Elterninitiativ-Kita/ Großtagespflegestelle)? Jahre / Mon. nicht

wenn ja, in welche zuletzt: _____

4.2 zu einer Tagesmutter? nicht

4.3 in eine andere Betreuung? nicht

5. Lebensumfeld

- 5.1 Das Kind lebt überwiegend bei
Eltern allein erziehender Mutter allein erziehendem Vater
Pflegefamilie Verwandten im Heim
- 5.2 Schulabschluss der Eltern (den höchsten ankreuzen und bitte bei **beiden** Eltern angeben!)
Mutter Vater
kein Hauptschulabschluss
Hauptschulabschluss oder weniger als 10. Klasse
mittlere Reife/mittlerer Schulabschluss (MSA)/10. Klasse
Abitur/Fachabitur
- 5.3 Berufsausbildung der Eltern (die höchste ankreuzen und bitte bei **beiden** Eltern angeben!)
Mutter Vater
keine/keine abgeschlossene Berufsausbildung
in Ausbildung/Studium
abgeschlossene Berufsausbildung/Fachschulabschluss
abgeschlossenes Studium (Uni, Fachhochschule)
- 5.4 Berufstätigkeit der Eltern (bitte bei **beiden** Eltern angeben!)
Mutter Vater
nicht erwerbstätig, weil
finde keine Arbeit
alle anderen Gründe
teilzeitbeschäftigt
vollzeitbeschäftigt
- 5.5 Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt (Ihr einzuschulendes Kind mitgerechnet)?
Erwachsene: Kinder unter 18 Jahren:
- 5.6 Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind Raucher? keiner
- 5.7 Wie viele Stunden am Tag beschäftigt sich Ihr Kind im Durchschnitt mit
Fernsehen, DVD, Filmen am Computer: Gameboy, Computerspielen und Ähnlichem:
gar nicht gar nicht
max. 1 Stunde max. 1 Stunde
max. 2 Stunden max. 2 Stunden
max. 3 Stunden max. 3 Stunden
über 3 Stunden über 3 Stunden
- Mein Kind hat einen eigenen Fernseher
ja nein

Einverständniserklärung

Ich bin darüber belehrt worden, dass die Beantwortung des Abschnitts 5 der vorstehenden Fragen **freiwillig** erfolgt.

Die gemachten Angaben werden nach der Verordnung über die Verarbeitung personenbezogener Daten in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes vom 30.06.1994 erhoben und verarbeitet.

Die erhobenen Daten werden entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich behandelt und verbleiben beim Arzt bzw. bei der Ärztin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes.

Ich bin damit einverstanden, dass auch die Angaben des Abschnitts 5 (Lebensumfeld) **anonymisiert** (d. h. ohne Namen und Anschrift) für die Gesundheitsberichterstattung nach den Grundsätzen der statistischen Geheimhaltung und Gesundheitsplanung verarbeitet und gespeichert werden.

Datum

Unterschrift
der/des Personensorgeberechtigten