

Schulstempel
Schul-Nr.

Berlin, den _____

Bezirksamt _____ von Berlin
 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Antrag auf schulärztliche Untersuchungen wegen Zuzug / weiterer Anlässe

Ich bitte u. g. Schülerin/Schüler auf Schulbesuchsfähigkeit zu untersuchen und das umseitige Gutachten auszufüllen.

Name		Vorname/n	
Straße, Hausnummer		Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> ohne Eintrag
PLZ	Bezirk Berlin-		
Familiensprache(n): <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere:			
vorgesehener Termin:			
Beobachtungen der Schule			

Im Auftrag

 (Schulleiterin/ Schulleiter)

Ärztliches Gutachten

Schüler/in	Geburtsdatum
------------	--------------

- kann **die Schule besuchen**.
- kann **die Schule nicht besuchen**.
- kann **die Schule mit folgenden Einschränkungen besuchen**:
- Sport: _____

- Unterricht: _____

- Weiteres: _____

Die Freistellung wird voraussichtlich bis zum _____ für notwendig erachtet.

Schulärztliche Empfehlung:

- Sehen:**
- zurzeit Brillenträger/in
- Sehvermögen derzeit mit / ohne Brille eingeschränkt (Kind soll vorn sitzen)
- Farbfehlsichtigkeit: _____
- weitergehende Diagnostik wurde empfohlen

- Hören:** Hörvermögen voraussichtlich auf Dauer
- rechts links eingeschränkt
- Kind trägt bereits ein Hörgerät
- weitergehende Diagnostik wurde empfohlen

Weitere Hinweise für die Schule:

- Masernimmunität liegt vor¹ med. Kontraindikation gegen Masernimpfung Impfpass lag nicht vor
- Eine erneute schulärztliche Untersuchung ist im Fall einer Zurückstellung nach heutigem Stand **nicht** erforderlich.

Sonderpädagogischer Förderbedarf:

- Die Überprüfung in den folgenden **sonderpädagogischen Förderschwerpunkten** wird empfohlen (Mehrfachnennungen sind in Ausnahmefällen möglich).
- Sehen (Sehbehinderung, Blindheit) Sprache Lernen*
- Hören und Kommunikation Autismus Geistige Entwicklung
- Körperliche und motorische Entwicklung Emotionale und soziale Entwicklung**

Im Auftrag

Berlin, _____

(Datum) (Schulärztin / Schularzt)

Stempel

¹ Mindestens zwei Masernimpfungen oder serologischer Nachweis einer Immunität gegenüber Masernvirus sind dokumentiert.

* Ein Antrag auf Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs „Lernen“ sollte nur in Grenzfällen zur geistigen Behinderung empfohlen werden.

** Ein Antrag auf Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs „Emotionale-soziale Entwicklung“ sollte nur in Zusammenhang mit Eingliederungshilfen in Zusammenhang mit SGB empfohlen werden.