

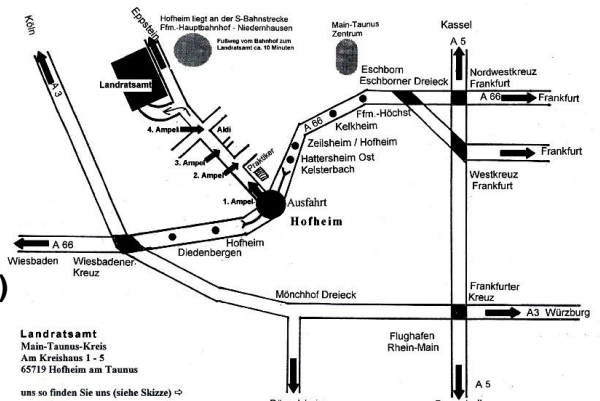
Telefon (06192) 201-1152

Schulärztliche Schuleingangsuntersuchung für Ihr Kind

am _____, den _____, um _____ Uhr

- in der Schule
- im Gesundheitsamt Hofheim (Landratsamt - Kreishaus)

Eingang Besucherparkplatz, Zimmer U.042 - U.049
 Hinweise zur Anfahrt www.mtk.org



☎ Falls Sie an diesem Termin verhindert sein sollten, rufen Sie bitte zuerst im Sekretariat der zuständigen Schule an, um einen neuen Untersuchungstermin zu vereinbaren.

Sehr geehrte Eltern,

im Sommer beginnt für Ihr Kind ein neuer, spannender Lebensabschnitt - es kommt zur Schule. Zuvor findet gemäß dem Hessischen Schulgesetz die Schuleingangsuntersuchung statt. Es handelt sich um eine Untersuchung, die auf die spezifischen Anforderungen der Schule ausgerichtet ist.

Zur Untersuchung gehören die Besprechung der Gesundheitsvorgeschichte Ihres Kindes, eine körperliche Untersuchung, eine Überprüfung der Hör- und Sehfähigkeit, sowie die Überprüfung der allgemeinen und sprachlichen Entwicklung. Dies dauert ca. 1 Stunde.

Zur Untersuchung sollte ihr Kind ausgeruht und gesund sein.

Um der Schulärztin/arzt die Beurteilung des Entwicklungs- und Gesundheitszustandes Ihres Kindes zu erleichtern, bitten wir Sie, die umseitigen Fragen zu beantworten. Manche Befunde treten familiär gehäuft auf, daher werden einige Angaben zur Familienvorgeschichte benötigt.

Die Schule wird darüber informiert, ob Ihr Kind aus ärztlicher Sicht regulär eingeschult werden kann. Bei Bedarf berät die Schulärztin/arzt Sie und die Schule über evtl. notwendige Maßnahmen zur Vorbeugung, Förderung und Behandlung.

Ihre Angaben sind vertraulich und werden entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz behandelt.

Bitte bringen Sie zum Untersuchungstermin mit:

- das **Impfbuch**
- das **Vorsorgeheft**
- den **beantworteten Fragebogen auf der Rückseite dieses Schreibens**
- ggf. weitere **ärztliche Berichte**



Mit freundlichen Grüßen

Ihr Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Hinweise zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung:

Die Untersuchung ist im Hessischen Schulgesetz und der Verordnung über die Zulassung und Ausgestaltung von Untersuchungen und Maßnahmen der Schulgesundheitspflege geregelt. Die Daten werden automatisiert gespeichert und grundsätzlich nur zum Zwecke der Schulgesundheitspflege verwendet. Soweit im Schulgesetz und anderen Rechtsvorschriften zur Verarbeitung der personengebundenen Daten nichts weiter geregelt, gelten die Vorschriften des Hessischen Datenschutzgesetzes.

Bitte Rückseite ausfüllen

Angaben zur Gesundheitsvorgeschichte

Einschulkind	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)	
zuständige Schule	
Betreuung/Hortplatz beantragt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Kinder-/Hausarzt	
Weitere Fachärzte	

Vater		Mutter
Name, Vorname		
Geburtsjahr		
Herkunftsland		
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)	siehe Kind <input type="checkbox"/>	siehe Kind <input type="checkbox"/>
Telefon		

Geschwister w / m Geburtsjahr	1.	2.	3.
	4.	5.	6.
	7.		

Schwangerschaft, Geburt,

Probleme während der Schwangerschaft/Geburt nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche):	Geburtsgewicht:
--	-----------------------

Kindergartenbesuch	von	bis	in
Vorlaufkurs	von	bis	
Kindergartenintegrationsplatz	von	bis	
Frühförderung	von	bis	bei

Persönliche Besonderheiten

Ergotherapie seit	Logopädie/Sprachtherapie seit	Krankengymnastik seit
Sonstiges:		

Sehstörung <input type="checkbox"/>	Brille seit:	Schielbehandlung, Sehschule seit:	letzte Kontrolle:
Hörstörung <input type="checkbox"/>	letzte Kontrolle:		

Händigkeit:	rechts <input type="checkbox"/>	links <input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------------	--------------------------------

Familienvorgeschichte (Eltern oder Geschwister des Kindes)

Brillen-bzw. Kontaktlinsenträger <input type="checkbox"/>	Lese-Rechtschreibschwäche <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/>	Rechenschwäche <input type="checkbox"/>
Chron. Erkrankungen/ bzw. Behinderungen <input type="checkbox"/> (welche):	

Entwicklung

Freies Laufen mitMon.	Besonderheiten der Säuglings- u. Kleinkinderzeit: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche) :
Erste Worte mitMon.	
Erste Sätze mitMon.	
Tagsüber ohne Windeln mitJahren	
Nachts ohne Windeln mitJahren	

Überstandene Erkrankungen / Unfälle / wann?

Windpocken <input type="checkbox"/> Schwere Infektionskrankheiten (z.B.Hirnhautentzündung):
Andere schwere Erkrankungen:
Unfälle:
Krankenhausaufenthalte, Operationen:

Derzeitige Gesundheitsstörungen

Oft in ärztlicher Behandlung wegen:
Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Präparat und Dosierung):

Interessen, besondere Fähigkeiten, Stärken
--

Ausgefüllt am:von:Unterschrift: