

# Einladung zur Schuleingangsuntersuchung

Stand 02/2025

Das Gesundheitsamt des Main-Taunus-Kreises befindet sich im Landratsamt,  
Am Kreishaus 1-5, 65719 Hofheim am Taunus

Der Eingang ist direkt am Parkplatz. Bitte klingeln Sie und folgen dann im Gebäude der  
Schultüte.

Terminänderungen nur in dringenden Fällen oder bei Krankheit unter:  
06192/ 201 1152 oder per Mail [gesundheitsamt-kjgd@mtk.org](mailto:gesundheitsamt-kjgd@mtk.org)

Bitte bringen Sie zum Untersuchungstermin mit:

- Impfbuch
- Vorsorgeheft
- Anamnesebogen
- ggf. weitere ärztliche Berichte

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

**Der Kreisausschuss**  
Gesundheitsamt  
Kinder-, und Jugendgesundheitsdienst  
Am Kreishaus 1-5, 65719 Hofheim am Taunus



## Anamnesebogen

Die Angaben im Anamnesebogen zur schulärztlichen Untersuchung dienen der Vorbereitung der Untersuchung. Das Ausfüllen des Fragebogens ist freiwillig. Ihre Mitarbeit ist wichtig für einen effizienten Ablauf, daher bitten wir Sie, den Bogen zur Untersuchung ausgefüllt mitzubringen. Während der schulärztlichen Untersuchung werden die schulrelevanten Angaben und Themen persönlich besprochen.

	Einschulkind		Mutter/Vater/ Elternteil 1	Mutter/Vater/Elternteil 2
Name, Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort / -land				
Staatsangehörigkeit bei Geburt				
In Deutschland seit:	I ___   ___   20 I ___   ___   Monat Jahr			
Adresse			Falls abweichend vom Kind!	Falls abweichend vom Kind!
Telefonnummer				
E-Mail-Adresse für Terminabsprachen				

### Weitere Angaben zum Kind

Geschlecht des Kindes	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Geschwister / Kinder im gleichen Haushalt (Geburtsjahr)	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____
Kinderärztin / Kinderarzt Hausärztin / Hausarzt	

### Angaben zu Kindertagesstätte und Schule

Kindertagesstätte	Seit: Monat / Jahr
Name:	
Integrationsplatz in der Kita	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Frühförderung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Kindersprachscreening KiSS	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Vorlaufkurs	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Zuständige Schule	

### Familienvorgeschichte (Eltern / Personensorgeberechtigte / Geschwister des Kindes)

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

### Entwicklung

Besonderheiten:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Geburtsgewicht: .....g
Schwangerschaftsdauer regelrecht:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Besonderheiten der Säuglings- und Kleinkinderzeit: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		

### Erkrankungen / Unfälle

Schwere Infektionskrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung) oder andere schwere Erkrankungen:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Allergien:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche)
Krankenhausaufenthalte / Operationen:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
In ärztlicher Behandlung wegen: Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Präparat und Dosierung):	

### Fördermaßnahmen / Therapien / Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Sehstörung	<input type="checkbox"/> Brille seit:	<input type="checkbox"/> Schielbehandlung, Sehschule seit:
<input type="checkbox"/> Hörstörung	<input type="checkbox"/> Hörhilfen:	
<input type="checkbox"/> Sprachstörung	<input type="checkbox"/> Logopädie von	bis
<input type="checkbox"/> Ergotherapie von	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik von	bis
<input type="checkbox"/> Andere Fördermaßnahmen / Therapien (welche):		

### Persönliche Besonderheiten (werden in einem persönlichen Gespräch vertraulich erörtert)

(z.B. Bewegungsunruhe, Konzentrationsschwäche, Ängstlichkeit, Bewegungsunruhe, Ungeschicklichkeit, Verzögerte Entwicklung, Einnässen, Einkoten):	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
--	---

### Interessen / besondere Fähigkeiten / Stärken / Was macht Ihr Kind besonders gern?

Sport im Verein:.....	Sonstiges:.....
Kann Ihr Kind schwimmen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hat Ihr Kind das Seepferdchenabzeichen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_ Unterschrift Eltern /Personensorgeberechtigte: \_\_\_\_\_