Gesundheitsamt
der Stadt Darmstadt und des Landkreises
Darmstadt-Dieburg

Niersteiner Str. 3
64295 Darmstadt
Tel.: 06151 / 3309- 43

Einschulungsuntersuchung

Kind: .....

Termin: .....

Uhrzeit: .....

Ort: .....

Liebe Eltern,

die Einschulungsuntersuchung, deren Rechtsgrundlagen unten aufgeführt sind, wird bei allen schulpflichtigen Kindern durchgeführt. Es handelt sich um eine Vorsorgeuntersuchung, die auf die spezifischen Anforderungen der Schule ausgerichtet ist. Bei Bedarf berät die Schulärztin/der Schularzt Sie und die Schule zu Maßnahmen zur Vorbeugung, Förderung und Behandlung.

Die Aufgabe der Schulärztin/des Schularztes ist es festzustellen, ob das Kind in seiner Reifeentwicklung den Anforderungen der Schule gewachsen ist.
Außerdem wird der Impfstatus überprüft.

Um der Schulärztin/dem Schularzt die Beurteilung des Entwicklungs- und Gesundheitszustandes Ihres Kindes zu erleichtern, bitten wir Sie, die umseitigen Fragen zu beantworten. Ihre Angaben sind vertraulich und werden entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes behandelt.

Bitte bringen Sie zum Untersuchungstermin mit:

- **Das Impfbuch**
- **Das Vorsorgeheft**
- **Den beantworteten Fragebogen**
- **Weitere ärztliche Berichte**

Falls Sie an diesem Termin verhindert sein sollten, bitten wir um telefonische Mitteilung unter der o.g. Telefonnummer.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

B. Müser

Dr. med. B. Müser
Ärztin
Kinder- und jugendärztlicher Dienst

Hinweis 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 ***durch die hierzu befugten Mitarbeiter/innen*** nur zum Zwecke der Schulgesundheitspflege verwendet. Soweit im Schulgesetz und anderen Rechtsvorschriften zur Verarbeitung der personengebundenen Daten nichts weiter geregelt ist, gelten die Vorschriften des Hessischen Datenschutzgesetzes.

bitte wenden

Angaben zur Gesundheitsvorgeschichte

	Einschulkind
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)	
zuständige Schule	
Kindergarten-Name: Aufnahmedatum:	
Kinder-/Hausarzt	
Weitere Fachärzte	

	Vater	Mutter
Name, Vorname		
Geburtsjahr		
Herkunftsland		
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)	siehe Kind ☐	siehe Kind ☐
Telefon		

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

Familienvorgeschichte (Eltern oder Geschwister des Kindes)

Brillen-bzw. Kontaktlinsenträger ☐ Lese-Rechtschreibschwäche ☐
Schilddrüsenerkrankung ☐ Rechenschwäche ☐
Chron. Erkrankungen/ bzw. Behinderungen ☐ (welche):

Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung

Probleme während der Schwangerschaft/Geburt nein ☐ ja ☐ (welche): **Geburtsgewicht:** .....g

Freies Laufen mit .....Mon.
Erste Worte mit .....Mon.
Erste Sätze mit .....Mon.
Tagsüber ohne Windeln mit .....Jahren
Nachts ohne Windeln mit .....Jahren

Besonderheiten der Säuglings- u. Kleinkinderzeit: nein ☐ ja ☐(welche) :

Überstandene Erkrankungen / Unfälle (Zutreffendes ankreuzen bzw, beschreiben)

Windpocken ☐ Schwere Infektionskrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung):
Andere schwere Erkrankungen:
Unfälle:
Krankenhausaufenthalte, Operationen (auch ambulante):

Derzeitige Gesundheitsstörungen

Oft in ärztlicher Behandlung wegen:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Präparat und Dosierung):

Sehstörung ☐ Brille seit: Schielbehandlung, Sehschule seit:
Hörstörung ☐
Sprachstörung ☐ Sprachtherapie seit:

Persönliche Besonderheiten

Bewegungsunruhe ☐ Konzentrationsschwäche ☐ Ängstlichkeit ☐
Ungeschicklichkeit ☐ Verzögerte Entwicklung ☐ Einnässen/Einkoten ☐
Sonstiges:

Maßnahmen, Therapien

Ergotherapie seit:
Psychomotorik seit:
Andere Fördermaßnahmen (welche):

Eingliederungshilfen

Kindergartenintegrationsplatz
von bis

Frühförderung bei
von bis

Interessen, besondere Fähigkeiten, Stärken:

Ausgefüllt am: ..... von: .....
(Unterschrift)