



Einschulungsuntersuchung

Kind:

Termin:

Uhrzeit:

Ort:



Liebe Erziehungsberechtigte,

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 Untersuchung besteht aus verschiedenen umfassenden und zeitaufwendigen Tests. Bitte planen Sie mindestens eine Stunde ein. Auch der Impfstatus wird überprüft. Fehlende Impfungen können dann in der kinderärztlichen Praxis wahrgenommen werden. Bitte achten Sie darauf, dass Ihr Kind am Untersuchungstag einfach aus- und anziehbare Kleidung trägt.

Um den Ablauf zu erleichtern, bitten wir Sie, die umseitigen Fragen zu beantworten. Ihre Angaben werden natürlich vertraulich entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes behandelt.

Bitte bringen Sie zum Untersuchungstermin mit:

- **Impfbuch**
- **gelbes Vorsorgeheft**
- **ausgefüllten Fragebogen (siehe Rückseite)**
- **sofern vorhanden: weitere ärztliche/psycholog. Berichte (z.B. vom SPZ)**

Wir freuen uns, Sie mit Ihrem Kind an o.g. Termin kennenzulernen. Bitte beachten Sie auch unsere [aktuellen Hygienehinweise](#). Falls Sie nicht kommen können oder ihr Kind überraschend erkrankt, informieren Sie uns telefonisch unter der Nummer auf Ihrem Einladungsschreiben. Wir werden Ihnen dann baldmöglichst einen neuen Termin anbieten.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Ihre Schulärztin/Ihr Schularzt
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.

Alle Angaben sind freiwillig

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

	Vater	Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsland		
Staatsangehörigkeit (bei Geburt, ggf. mehrere)		
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.)	siehe Kind <input type="checkbox"/>	siehe Kind <input type="checkbox"/>
Telefon		
KISS-Sprachscreening	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Geschwister (Geburtsjahr)	1.	2.
	3.	4.
	5.	6.
	7.	8.

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):	

Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung

Probleme während der Schwangerschaft/Geburt	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche):	Geburtsgewicht:g
Freies Laufen mit Mon.	Besonderheiten der Säuglings- u. Kleinkinderzeit: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche):	
Erste Worte mit Mon.		
Erste Sätze mit Mon.		
Tagsüber ohne Windeln mit Jahren		
Nachts ohne Windeln mit Jahren		

Erkrankungen / Unfälle (Zutreffendes ankreuzen bzw., beschreiben)

Windpocken: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	Schwere Infektionskrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung):
Andere schwere Erkrankungen:	
Unfälle:	
Krankenhausaufenthalte, Operationen:	
Oft in ärztlicher Behandlung wegen:	
Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Präparat und Dosierung):	

Fördermaßnahmen und Hilfsmittel

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

Persönliche Besonderheiten

Bewegungsunruhe <input type="checkbox"/>	Konzentrationsschwäche <input type="checkbox"/>	Ängstlichkeit <input type="checkbox"/>	Ungeschicklichkeit <input type="checkbox"/>
Verzögerte Entwicklung <input type="checkbox"/>	Einnässen/Einkoten <input type="checkbox"/>	Sonstiges:	

Eingliederungshilfen

Integrationsplatz im Kindergarten von	bis	Frühförderung von	bis
		bei	

Interessen, besondere Fähigkeiten, Stärken:

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: