

Gesundheitsamt

Empfänger

Einladung zur Schulaufnahmeuntersuchung

Sehr geehrte Eltern,

bald ist es soweit – Ihr Kind kommt in die Schule.

In Vorbereitung auf diesen neuen Abschnitt stehen Ihnen die Kinder- und Jugendärzte des Gesundheitsamtes gern beratend zur Seite.

Die Schulaufnahmeuntersuchung hat das Ziel, gesundheitliche Besonderheiten, die für den Schulbesuch von Bedeutung sein können, zu erkennen und gegebenenfalls notwendige Behandlungen und Fördermaßnahmen zu empfehlen. Dazu untersuchen wir Ihr Kind körperlich (einschließlich Seh- und Hörtest) und beurteilen orientierend dessen Entwicklungsstand. Außerdem besprechen wir die Gesundheitsvorgeschichte und führen eine Impfberatung durch.^{1, 2} Im Kontext der Untersuchung werden Angaben zum Vorsorgestatus, zum Migrationshintergrund sowie zur Schulbildung und Erwerbstätigkeit der Sorgeberechtigten erhoben.³

Die Schulaufnahmeuntersuchung erfasst alle Kinder eines Jahrgangs und gibt damit Aufschluss über deren Gesundheitszustand. Zur statistischen Auswertung der Untersuchungsergebnisse erfolgt eine pseudonymisierte Datenerfassung und -weitergabe an das Statistische Landesamt Sachsen.^{4, 5}

Die bei der Erhebung des Impfstatus gewonnenen Daten werden in aggregierter und anonymisierter Form über die oberste Landesbehörde dem Robert-Koch-Institut übermittelt.

Gemäß den gesetzlichen Grundlagen ist die Schulaufnahmeuntersuchung eine Pflichtuntersuchung für alle Kinder. Die Anwesenheit eines Sorgeberechtigten ist dabei erforderlich.^{1, 7}

Selbstverständlich unterliegen alle Befunde und Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte vereinbaren Sie sich einen Termin über unser Beteiligungsportal (siehe Zusatzblatt mit QR-Code).

Bitte bringen Sie mit:

- **diesen Elternfragebogen mit Unterschrift**
- **den Impfausweis** (nur zur Beratung² und Erhebung des Impfstatus gemäß Gesetz⁵)
- **gelbes Vorsorgeheft**
- **gegebenenfalls medizinische Befunde/Unterlagen** (zum Beispiel Schwerbehindertenausweis, Pflegegradbescheinigung)
- **gegebenenfalls eine aktuell geltende Vormundschaft mit entsprechender Vollmacht für Gesundheits- und Behördenangelegenheiten** (im Falle einer ruhenden elterlichen Sorge)

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Kinder- u. Jugendärztin/Ihr Kinder- u. Jugendarzt

Bitte wenden!

¹ § 26a, insbesondere Absatz 2, Absatz 3 Nr. 1, Absatz 4 des Schulgesetzes für den Freistaat Sachsen

² § 3 Absatz 1 der Sächsischen Schulgesundheitspflegeverordnung

³ § 16 Absatz 1 Sächsisches Gesundheitsdienstgesetz

⁴ § 7 Absatz 4 der Sächsischen Schulgesundheitspflegeverordnung

⁵ § 3 des Sächsischen Datenschutzdurchführungsgesetzes i. V. m. Artikel 4, 6, 9 der EU-Datenschutzgrundverordnung

⁶ § 34 Absatz 11 des Infektionsschutzgesetzes

⁷ § 4 Absatz 3 der Sächsischen Schulgesundheitspflegeverordnung

Zur Vorbereitung auf die Schulaufnahmeuntersuchung bitten wir Sie, den Elternfragebogen auszufüllen.

Name, Vorname(n)		Geburtsdatum	
Anschrift			
Name der/des Sorgeberechtigten 1		Telefon der/des Sorgeberechtigten (freiwillige Angabe)	
Name der/des Sorgeberechtigten 2			
Kindertageseinrichtung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Name/Adresse der Kindertageseinrichtung	

Angaben zur Gesundheitsvorgeschichte

Schwangerschaft und Geburtsverlauf

Besonderheiten (zum Beispiel Frühgeburt)	Geburtsgewicht	g
	Geburtslänge	cm

Entwicklung

Freies Laufen	<input type="checkbox"/> bis 18 Monate	<input type="checkbox"/> später
Erste Worte	<input type="checkbox"/> bis 18 Monate	<input type="checkbox"/> später
Sprachauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Einnässen tagsüber	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Händigkeit	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> wechselnd

Krankheiten

Sehstörungen
Hörstörungen/Ohrenerkrankungen
Atopische/allergische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale <input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie (zum Beispiel Nüsse, Eier, Fisch)
Hauterkrankungen
Orthopädische Erkrankungen (zum Beispiel Hüftleiden)
Anfallsleiden
Sonstige Erkrankungen (zum Beispiel Diabetes)
Durchgemachte Erkrankungen <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Masern (mit ärztlicher Bescheinigung)

Behandlungen und Fördermaßnahmen

Regelmäßige Medikamenteneinnahme
Operationen
Krankenhausaufenthalte
Heil- und Fördermaßnahmen (zum Beispiel Physio-, Ergo-, Sprachtherapie, Frühförderung, Kita-Integration, heilpädagogische Einrichtung)

Machen Sie sich über Entwicklungsbesonderheiten oder Verhaltensauffälligkeiten Ihres Kindes Sorgen?

Kinderarzt/Hausarzt

Name, Vorname(n) _____

Geburtsdatum _____

Angaben zum Migrationshintergrund

In welchem Land wurden Sie, Ihr/e Partner/in und Ihr Kind geboren?

Geburtsland

des Kindes <input type="checkbox"/> Deutschland	<input type="checkbox"/> Anderes Land
des/der Sorgeberechtigten 1 <input type="checkbox"/> Deutschland	<input type="checkbox"/> Anderes Land
des/der Sorgeberechtigten 2 <input type="checkbox"/> Deutschland	<input type="checkbox"/> Anderes Land

Welche Staatsangehörigkeit haben Sie und Ihr/e Partner/in?

Mehrfachnennungen möglich.

Sorgeberechtigte/r 1 <input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Andere
Sorgeberechtigte/r 2 <input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Andere

Angaben zur Schulbildung

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie und Ihr/e Partner/in?

	Sorgeberechtigte/r 1	Sorgeberechtigte/r 2
Kein Abschluss		
Hauptschulabschluss, Abschluss einer Förderschule		
Realschulabschluss, Abschlusszeugnis der POS (10. Klasse)		
Allgemeine Hochschulreife (Abitur), Fachhochschulreife, Abschluss der erweiterten Oberschule (EOS)		

Angaben zur Erwerbstätigkeit

Inwieweit sind Sie und Ihr/e Partner/in erwerbstätig?

Unter "nicht erwerbstätig" werden Personen verstanden, die weniger als eine Stunde pro Woche erwerbstätig sind.

	Sorgeberechtigte/r 1	Sorgeberechtigte/r 2
Vollzeitbeschäftigt		
Teilzeitbeschäftigt		
Nicht erwerbstätig		

Ich/Wir bestätige/n die Richtigkeit der obenstehenden Angaben.	
Datum	Unterschrift/en der Sorgeberechtigten bzw. mindestens einer sorgeberechtigten Person