

**Landratsamt Mittelsachsen**  
Gesundheitsamt  
Kinder- und Jugendärztlicher Dienst  
Frauensteiner Str. 43  
09599 Freiberg

**Auskunft erteilen:**

Frau Völker – Tel.: 03731/799 6018  
[melanie.voelker@landkreis-mittelsachsen.de](mailto:melanie.voelker@landkreis-mittelsachsen.de)  
Frau Flöter – Tel: 03731/799 6645  
[anja.floeter@landkreis-mittelsachsen.de](mailto:anja.floeter@landkreis-mittelsachsen.de)

## 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 den Entwicklungsstand. Außerdem besprechen wir die Gesundheitsvorgeschichte und führen eine Impfberatung durch.<sup>1, 2</sup> Im Kontext der Untersuchung werden Angaben zum Vorsorgestatus, zur Schulbildung und Erwerbstätigkeit sowie zum Migrationshintergrund der Sorgeberechtigten erhoben.<sup>3</sup> Die Daten sind unerlässlich für die Planung und Beurteilung von speziellen und zielgerichteten Angeboten der Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitlichen Versorgung.

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.<sup>4, 5</sup>

Die bei der Erhebung des Impfstatus gewonnenen Daten werden in aggregierter und anonymisierter Form über die oberste Landesbehörde dem Robert-Koch-Institut übermittelt.<sup>6</sup> Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter:

<https://www.landkreis-mittelsachsen.de/das-amt/buergerservice/schulaufnahmeuntersuchung.html>

**Gemäß den gesetzlichen Grundlagen ist die Schulaufnahmeuntersuchung eine **Pflichtuntersuchung** für alle Kinder. **Die Anwesenheit eines Sorgeberechtigten ist dabei erforderlich.****<sup>1, 7</sup>

**Selbstverständlich unterliegen alle Befunde und Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.**

**Den Ort der Einschulungsuntersuchung entnehmen Sie bitte dem Informationsschreiben, welches Sie von der Kita / Schule erhalten haben.**

**Bitte bringen Sie mit:**

- **diesen Elternfragebogen mit Unterschrift**
- **den Impfausweis** (nur zur Beratung und Erhebung des Impfstatus<sup>2</sup>)
- **gelbes Vorsorgeheft**
- **gegebenenfalls medizinische Befunde/Unterlagen**  
(zum Beispiel Schwerbehindertenausweis, Pflegegradbescheinigung, Arztbriefe)

Mit freundlichen Grüßen

**Victoria Häusler**

Ihre Kinder- und Jugendärztin/Ihr Kinder- und Jugendarzt

**Bitte wenden!**

<sup>1</sup> § 26a Absatz 2, Absatz 3 Nr. 1, Absatz 4 Sächsisches Schulgesetz

<sup>2</sup> § 3 Absatz 1 Sächsische Schulgesundheitspflegeverordnung

<sup>3</sup> § 16 Absatz 1 Sächsisches Gesundheitsdienstgesetz

<sup>4</sup> § 16 Absatz 1 und 2 Sächsisches Gesundheitsdienstgesetz

<sup>5</sup> § 3 Sächsisches Datenschutzdurchführungsgesetz i. V. m. Artikel 4, 6, 9 der EU Datenschutz-Grundverordnung

<sup>6</sup> § 34 Absatz 11 Infektionsschutzgesetz

<sup>7</sup> § 4 Absatz 3 Sächsische Schulgesundheitspflegeverordnung

## Angaben zum Kind

|                                                                                     |  |                                                         |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|
| Name, Vorname(n)                                                                    |  | Geburtsdatum                                            |  |
| Anschrift                                                                           |  |                                                         |  |
| Name der/des Sorgeberechtigten 1                                                    |  |                                                         |  |
| Name der/des Sorgeberechtigten 2                                                    |  |                                                         |  |
| Telefonnummer Sorgeberechtigte (freiwillige Angabe)                                 |  | E-Mail-Adresse(n) Sorgeberechtigte (freiwillige Angabe) |  |
| Kindertageseinrichtung<br><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<br><input type="checkbox"/> Asthma bronchiale <input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie<br>(zum Beispiel gegen Nüsse, Eier,<br>Fisch) |
| Hauterkrankungen                                                                                                                                                                                                                                            |
| Orthopädische Erkrankungen (zum Beispiel Hüftleiden, Fußfehlstellungen)                                                                                                                                                                                     |
| Anfallsleiden                                                                                                                                                                                                                                               |
| Sonstige Erkrankungen (zum Beispiel Diabetes)                                                                                                                                                                                                               |
| Durchgemachte Erkrankungen<br><input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Masern (mit ärztlicher Bescheinigung)                                                                                                                            |

## Behandlungen und Fördermaßnahmen

|                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Welche?)                                                                                             |
| Operationen (Wann? Welche?)                                                                                                            |
| Krankenhausaufenthalte (Wann? Warum?)                                                                                                  |
| 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 |

## Angaben zur Schulbildung

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

|                                                                                                    | 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 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  |                      |                      |

## Angaben zum Migrationshintergrund

In welchem Land wurden Sie und Ihr Kind geboren?

Geburtsland

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

Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

Mehrfachnennungen möglich.

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

### Verwendung vorliegender Daten vorheriger Untersuchungen

☐ Ich willige/wir willigen ein, dass die dem Gesundheitsamt vorliegende Dokumentation meines/unseres Kindes aus früheren Untersuchungen für diese Untersuchung verwendet werden darf, zum Beispiel: von der Kita-Untersuchung, von Begutachtung(en).

Mir/uns ist bekannt, dass die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann, ohne dass meinem/unserem Kind daraus Nachteile entstehen.

Ich/Wir bestätige/n die Richtigkeit der obenstehenden Angaben.

Datum

Unterschrift/en der Sorgeberechtigten bzw. mindestens einer sorgeberechtigten Person