

Sachgebiet: Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

E-Mail: [ga.kjgd@kreis-meissen.de](mailto:ga.kjgd@kreis-meissen.de)

Internet: [www.kreis-meissen.de](http://www.kreis-meissen.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 dessen Entwicklungsstand. Außerdem besprechen wir die Gesundheitsvorgeschichte und führen eine Impfberatung durch.<sup>1,2</sup>

Bitte planen Sie dafür mindestens 1 Stunde Zeit ein.

Die Schulaufnahmeuntersuchung erfasst alle Kinder eines Jahrgangs und gibt damit Aufschluss über deren Gesundheitszustand. Zur statistischen Auswertung erfolgt eine pseudonymisierte Datenerfassung und –weitergabe an das Statistische Landesamt Sachsen.<sup>3,4</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>5</sup> Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter:

<https://www.kreis-meissen.de/loadDocument.phtml?FID=3697.316.1&Ext=PDF>

**Gemäß den gesetzlichen Grundlagen ist die Schulaufnahmeuntersuchung eine Pflichtuntersuchung für alle Kinder. Die Anwesenheit eines Sorgeberechtigten ist dabei erforderlich.<sup>1,6</sup>**

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

Wir laden Sie und Ihr Kind zur Schulaufnahmeuntersuchung ein:

**Ort und Zeit entnehmen Sie bitte der Buchungsbestätigung bzw. dem Ticket.**

**Bitte bringen Sie folgende Unterlagen mit:**

- **diesen Bogen zur Gesundheitsvorgeschichte mit Unterschrift**
- **den Impfausweis** (nur zur Beratung<sup>2</sup> und Erhebung des Impfstatus gemäß Gesetz<sup>5</sup>)
- **gelbes Vorsorgeheft**
- **gegebenenfalls medizinische Befunde/Unterlagen**  
(zum Beispiel Arztbriefe, Schwerbehindertenausweis, Pflegegradbescheinigung – so vorhanden)

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Kinder- und Jugendärztin / Ihr Kinder- und Jugendarzt

**Bitte wenden!**

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

<sup>2</sup> § 3 Absatz 1 der Sächsischen Schulgesundheitspflegeverordnung

<sup>3</sup> § 7 Absatz 4 der Sächsischen Schulgesundheitspflegeverordnung

<sup>4</sup> § 3 des Sächsischen Datenschutzdurchführungsgesetzes i. V. m. Artikel 4, 6, 9 der EU-Datenschutzgrundverordnung

<sup>5</sup> § 34 Absatz 11 des Infektionsschutzgesetzes

<sup>6</sup> § 4 Absatz 3 der Sächsischen Schulgesundheitspflegeverordnung

**Zur Vorbereitung auf die Schulaufnahmeuntersuchung bitten wir Sie, diese Seite auszufüllen.**

Name und Vorname(n) des Kindes . . . . . Geb.-datum . . . . .

Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnr.): . . . . .  
. . . . .

Name u. Telefon der/des Sorgeberechtigten: . . . . .  
. . . . .

Kindertageseinrichtung:  ja  nein Welche? . . . . .

**Angaben zur Gesundheitsvorgeschichte**

**Schwangerschaft und Geburtsverlauf**

Besonderheiten (z.B. Frühgeburt): . . . . .

Geburtsgewicht: . . . . . g                      Geburtslänge . . . . . cm

**Entwicklung**

- Freies Laufen                       bis 18 Monate                       später
- Erste Worte                       bis 12 Monate                       später
- Sprachauffälligkeit                       nein                       ja
- Einnässen tagsüber                       nein                       ja
- Händigkeit                       rechts                       links                       wechselnd
- Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf?  nein                       ja

**Krankheiten**

Sehstörungen . . . . .

Hörstörungen /Ohrenerkrankungen . . . . .

Allergische Erkrankungen

- Asthma bronchiale                       Heuschnupfen                       Neurodermitis                       Nahrungsmittelallergie (z.B. Nüsse, Eier, Fisch)

Hauterkrankungen . . . . .

Orthopädische Erkrankungen (zum Beispiel Hüftleiden) . . . . .

Anfallsleiden . . . . .

Sonstige Erkrankungen (zum Beispiel Diabetes mell.) . . . . .

Durchgemachte Infektionskrankheiten. . . . .

- Windpocken                       nein                       ja

**Behandlungen und Fördermaßnahmen**

Regelmäßige Medikamenteneinnahme . . . . .

Operationen . . . . .

Krankenhausaufenthalte . . . . .

Heil- & Fördermaßnahmen (Sprach-, Physio-, Ergotherapie, Frühförderung, Inklusion in der Kita, Heilpäd. Gruppe)

**Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor**                       nein                       ja

**Wurde ein Pflegegrad zuerkannt?**                       nein                       ja, welcher. . . . .

**Sind Hilfsmittel vorhanden?**                       nein                       ja, welche. . . . .

**Machen Sie sich über Entwicklungsbesonderheiten oder Verhaltensauffälligkeiten Ihres Kindes Sorgen?**

. . . . .

Kinderarzt/Hausarzt . . . . .

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

. . . . .

Datum

**Unterschrift der Eltern**

(falls nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt, wird auch das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt oder das alleinige Sorgerecht des Unterzeichnenden erklärt)