

Landratsamt / Stadtverwaltung Jena
Gesundheitsamt
Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Stempel
Stadtverwaltung Jena
FD Gesundheit (Gesundheitsamt)
Kinder- und Jugendärztl. Dienst
Lutherplatz 3
Postfach 100 338 * 07703 Jena
Tel.: (03641) 49 32 82

Datum

Schulärztliche Vorsorgeuntersuchung*

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,
gemäß § 2 Abs. 2 Thüringer Schulgesundheitspflegeverordnung (ThürSchulgespfVO) informieren wir Sie hiermit über die vorgesehene Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes und übergeben rückseitig einen Fragebogen, durch den die für die Untersuchung erforderlichen Daten erhoben werden.

Termin _____ Uhrzeit _____ Ort _____

Diese Vorsorgeuntersuchung ist gemäß § 3 Abs. 1 ThürSchulgespfVO eine schulärztliche Pflichtuntersuchung, um gesundheitliche Beeinträchtigungen oder eventuelle Entwicklungsstörungen möglichst frühzeitig erkennen, fachlich abklären und einer Behandlung zuführen zu können. Die Untersuchung umfasst einen Hör- und Sehtest, eine körperliche Untersuchung sowie die Beurteilung des Entwicklungsstandes Ihres Kindes.

Die nachfolgenden Fragen sollen dem Schularzt hinsichtlich der Beurteilung der Entwicklung und Belastbarkeit Ihres Kindes helfen. Als Sorgeberechtigte sind Sie gemäß § 3 Abs. 2 ThürSchulgespfVO verpflichtet, im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung dem Schularzt Vorerkrankungen, bekannte Gesundheits- und Entwicklungsstörungen und den Impfstatus Ihres Kindes mitzuteilen. Vor diesem Hintergrund nehmen Sie bitte auch die Informationen gemäß Art. 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) auf dem Formblatt „Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst Ihres Gesundheitsamtes informiert zur schulärztlichen Untersuchung von Klassenstufen“ zur Kenntnis.

Da fehlende Angaben die ärztliche Beurteilung des Gesundheitszustandes Ihres Kindes einschränken, bitten wir um vollständiges Ausfüllen des Fragebogens für den Zeitraum seit der letzten schulärztlichen Untersuchung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte geben Sie am Untersuchungstag Ihrem Kind den ausgefüllten Fragebogen im verschlossenen Umschlag, den Impfausweis und die Brille (falls vorhanden) mit.
Gern können Sie bei der Untersuchung Ihres Kindes anwesend sein.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
Ihr Schularzt

Name des Kindes _____ Geburtsdatum _____ Schule _____

Für eine ggf. erforderliche Kontaktaufnahme bitten wir Sie um folgende Angaben (zur Aktualisierung unserer Unterlagen):

Name, Vorname der Mutter (der/des 1. Sorgeberechtigten)		Name, Vorname des Vaters (der/des 2. Sorgeberechtigten)	
Wohnanschrift (Straße, Haus-Nummer, PLZ, Ort)	Telefon	Wohnanschrift (Straße, Haus-Nummer, PLZ, Ort)	Telefon

* Rechtsgrundlagen für die schulärztliche Vorsorgeuntersuchung:
§§ 55/57 Thüringer Schulgesetz (ThürSchulG) vom 30.04.2003 i. V. m. §§ 1-4 Thüringer Schulgesundheitspflegeverordnung (ThürSchulgespfVO) vom 26.09.2002, §§ 119/120 Thüringer Schulordnung (ThürSchulO) vom 20.01.1994.

Ist oder war Ihr Kind seit der letzten schulärztlichen Untersuchung wegen der nachfolgend angeführten Krankheiten oder Gesundheitsstörungen in Behandlung oder Betreuung? Zutreffendes bitte ankreuzen!

	Jahr		Jahr
<input type="checkbox"/> Bronchitis		<input type="checkbox"/> Augenerkrankung	
<input type="checkbox"/> Lungenentzündung		<input type="checkbox"/> Brille seit	
<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale		<input type="checkbox"/> letzte Augenarztvorstellung / letzte Brille	
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung		<input type="checkbox"/> Allergie(n), welche?	
<input type="checkbox"/> Blasen- und Nierenerkrankung		<input type="checkbox"/> Ekzem	
<input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung		<input type="checkbox"/> andere Hauterkrankung, welche	
<input type="checkbox"/> Anfallsleiden		<input type="checkbox"/> Hüfterkrankung	
<input type="checkbox"/> Verhaltensstörung		<input type="checkbox"/> Wirbelsäulenerkrankung	
<input type="checkbox"/> Sprachstörung		<input type="checkbox"/> Erkrankung der Füße	
<input type="checkbox"/> Ohrenerkrankung		<input type="checkbox"/> andere Skeletterkrankung, welche?.....	
<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit		<input type="checkbox"/> in orthopädischer Behandlung seit	

Sonstige Erkrankungen (einschließlich Unfälle und Operationen), Krankenhausaufenthalte, Kuren:

Befindet sich Ihr Kind in ständiger ärztlicher Kontrolle/Behandlung? Weshalb?

Hat Ihr Kind eine Sportbefreiung? nein ja

Wurden oder werden Ihrem Kind über längere Zeit Arzneimittel verordnet?

nein ja, welche?

Besteht ein Grad der Behinderung (GdB)? nein ja, welcher GdB? _____

Schwerbehindertenausweis liegt vor? nein ja

Besteht Pflegebedürftigkeit? nein ja, mit welchem Pflegegrad? _____

Über welche gesundheitlichen Beschwerden klagt Ihr Kind aktuell?

Haben Sie oder Ihr Kind spezielle Fragen an den Schularzt?

Datum

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten

für die Kenntnisnahme der Informationen gemäß Art. 13 EU-DSGVO und für die Richtigkeit der oben stehenden Angaben