Landratsamt/Stadtverwaltung <u>Jena</u> Gesundheitsamt / Kinder- und Jugendärztlicher Dienst	Dienststempel	Stadtverwaltung Jena FD Gesundheit (Gesundheitsamt) Kinder- u. Jugendärztl. Dienst Lutherplatz 3 Postfach 100 338 * 07703 Jena Tel.: (03641) 49 32 82
		Datum

Kinder- und jugendärztliche Einschulungsuntersuchung, ¹ Einladung und Fragebogen

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,

mit der Einschulung beginnt ein entscheidender Lebensabschnitt mit neuen Anforderungen für Ihr Kind. Zuvor ist zur Feststellung, ob Ihr Kind aus ärztlicher Sicht den Anforderungen der Schule gewachsen sein wird, eine Vorsorgeuntersuchung (Einschulungsuntersuchung) durch den Schularzt, in Anwesenheit eines Sorgeberechtigten, erforderlich. Die Einschulungsuntersuchung Ihres Kindes findet zu folgendem Termin statt:

Name, Vorname (Kind)	Geburtsdatum	Schule
Termin (Datum, Uhrzeit) der Untersuchung	Untersuchungso	ort

Sie sind als Sorgeberechtigte verpflichtet, im Rahmen der Einschulungsuntersuchung dem Schularzt Vorerkrankungen, bekannte Gesundheits- und Entwicklungsstörungen und den Impfstatus Ihres Kindes mitzuteilen. Freiwillige Angaben sind als solche gekennzeichnet. Vor diesem Hintergrund nehmen Sie bitte auch die Informationen gemäß Art. 13 der EU-Datenschutzgrundverordnung auf dem Formblatt "Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst Ihres Gesundheitsamtes informiert zur Einschulungsuntersuchung" zur Kenntnis.

Anbei erhalten Sie einen Fragebogen mit der Bitte um Angaben für den Schularzt. Ihre Angaben sollen dem Schularzt helfen, Ihr Kind kennenzulernen, um es in seiner Entwicklung und Belastbarkeit aus medizinischer Sicht besser einschätzen zu können. Der Schulleiter wird nur über die im Zusammenhang mit dem Schulbesuch maßgeblichen Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchung in zusammengefasster Form informiert. Darüberhinausgehende Übermittlungen personenbezogener Daten erfolgen nur mit Ihrer Einwilligung.

Bitte bringen Sie zur Einschulungsuntersuchung beiliegenden ausgefüllten Fragebogen, das Heft zur Dokumentation der Früherkennungsuntersuchungen (U-Reihe; die Vorlage ist freiwillig), den Impfausweis und, sofern vorhanden, die Brille Ihres Kindes mit.

Sollten Sie den Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, sich mit uns in Verbindung zu setzen.

Mit freundlichen Grüßen - Ihr Schularzt

Angaben für den Schularzt:

Bitte deutlich in Druckschrift ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen!

Mutter / Sorgeberechtigte	Vater / Sorgeberechtigter
Name / Vorname	Name / Vorname
Wohnanschrift (Straße, Haus-Nummer, PLZ, Ort):	Wohnanschrift (Straße, Haus-Nummer, PLZ, Ort):
Telefon (freiwillige Angabe):	Telefon (freiwillige Angabe):

¹ Rechtsgrundlagen für die Einschulungsuntersuchung:

^{§§ 55/57} Thüringer Schulgesetz (ThürSchulg) vom 30.04.2003 i. V. m. §§ 1-4 Thüringer Schulgesundheitspflegeverordnung (ThürSchulgespflVO) vom 26.09.2002, §§ 119/120 Thüringer Schulordnung (ThürSchulO) vom 20.01.1994.

Die folgenden Angaben sind für die Vorbereitung der Einschulungsuntersuchung wichtig. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Berücksichtigen Sie bitte, dass der Gesundheits- und Entwicklungsstand Ihres Kindes nur bei vollständiger Beantwortung aller Fragen umfassend beurteilt werden kann.

1 .Betreuung des Kindes	(Angaben freiwil	lig):				
Kindergartenbesuch	Nein	Ja	(Monat/Jahr) von:	/	bis	/
2. Entwicklung des Kind	es:					
Wurden bei Ihrem Kind je Sprache) festgestellt?	emals Entwicklung Nein	sstöru Ja	ngen oder -verzögerung	en (z.B. beim Erl	ernen des Sitze	ens, des Laufens, der
Wurden bei Ihrem Kind durchgeführt?	Maßnahmen der Nein	Entwi Ja	cklungs- bzw. Frühförde	erung (z.B. Logo	pädie, Ergothe	rapie, Heilpädagogik)
Zum Untersuchungstermir angekreuzt haben, könne benennen oder dem Arzt p	n Sie nachfolgend	Entwi	cklungsstörungen oder -			
3. Gesundheitsstörunge	n in der Familie d	es Kin	des (Angaben freiwillig	<u>):</u>		
Gibt es in Ihrer Familie (z. Allergien, Asthma bronchi oder die Belastbarkeit des	iale, Epilepsie), vor	n dene	n Sie wissen oder verm	uten, dass sie au	ch Auswirkunge	
Zum Untersuchungstermir angekreuzt haben, besteh mitzuteilen.				-	-	
4. Schwangerschaft und	Geburtsverlauf (/	Angab	en freiwillig):			
a) Gab es während der S annehmen, dass sie Einflu						onen), von denen Sie Nein
Der Arzt wird Ihnen im Un	tersuchungsgesprä	ich hie	rzu gern Erläuterungen g	eben und Ihre Fra	agen beantworte	en.
b) Waren Geburtsgewicht	und Geburtsgröße	norma	al? Ja	Nein		
5. Überstandene Krankh	aitan das Kindas	wann	2 (lahresangaha):			
			Masern, wann?		Röteln wann?	
Keuchhusten, wann?			Windpocken, wann?			nn?
Hirnhautentzündung, v			Harnblasen- Nierenerkra			
schwere Darmerkrank				_		
andere schwere Erkra	_					
Krankenhausaufentha	llte, wann und waru	ım? _				
Operationen, wann un	d warum?					
Kuren, wann mit welch	nem Behandlungss	chwer	punkt?			
6. Gesundheitsstörunge	n und Besonderh	eiten l	oeim Kind:			
Gibt oder gab es Gesuberücksichtigen sind?	undheitsstörungen, Ja	Kran Ne		heiten bei Ihrem	n Kind, die Ih	rer Ansicht nach zu
Wenn Sie "Ja" angekreu Untersuchungsgespräch n		t die	Möglichkeit, diese nach	folgend zu bene	nnen oder der	m Arzt persönlich im
7. Betreuender Arzt des	Kindes (Angaben	freiwi	Ilig): Kinderarzt	Hausarzt and	erer, welcher?_	
N	lame des betreuen	den A	rztes			

Stand; 07.01.2020

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich willige/Wir willigen hiermit ein,		
	en der Eingangsschuluntersuchung Angaben über des Kindes sowie Angaben zur Schwangerscha 3, 4 und 7) verarbeiten darf.	
Vor-und Nachname und Geburtsdatu	n des Kindes	
Kind daraus Nachteile entstehen. D	gung zur Datenverarbeitung jederzeit widerrufen w rch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der au onenbezogenen Daten nicht berührt. Der Widerruf i nahme des Widerrufs:)	ıfgrund der Einwilligung bis zum Widerruf
 Datum	Unterschrift der Eltern/Sor (Sofern nur ein Berechtigter unterschreibt, versic Zustimmung des anderen sein Ei	chert dieser zugleich mit Vollmacht und

Landratsamt/Stadtverwaltung	
Gesundheitsamt/ Kinder- und Jugendärztlicher Dienst	Dienststempel
	Stadtverwaltung Jena FD Gesundheit (Gesundheitsamt) Kinder- und Jugendärztlicher Dienst Lutherplatz 3 Postfach 100 338 - 07703 Jena Tel.: (03641) 49 32 82
	Datum:

Erfassung des Migrationshintergrundes zur kinder- und jugendärztlichen Untersuchung

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,

long

dem Schularzt kommt neben der individualmedizinischen Untersuchung die besondere Aufgabe zu, die gesundheitliche Bedarfslage der Kinder und Jugendlichen zu erkennen und auf geeignete Maßnahmen zur Förderung und Wiederherstellung von Gesundheit hinzuwirken. Rechtsgrundlage dafür bildet die Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten vom 8. August 1990. Daten zum Migrationshintergrund haben eine große Bedeutung für gesundheitspolitische Projekte zur Gesundheitsförderung. Unter anderem ermöglichen diese auch dem Schularzt, entsprechende Zielgruppen von Kinder- und Jugendlichen deutlicher zu erkennen, um gesundheitsfördernde Maßnahmen zur Schaffung optimaler Voraussetzungen für einen erfolgreichen Schulbesuch einzuleiten. Vor diesem Hintergrund werden Sie im Rahmen dieser schulärztlichen Untersuchung um Angaben zum Migrationshintergrund gebeten.

Gemäß Art.13 EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) - Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person - informieren wir Sie über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten wie folgt:

- Die Angabe der Daten beruht auf freiwilliger Basis.
- Eine Verweigerung der Erhebung, Nutzung und Verarbeitung dieser Daten zieht keine Folgen nach sich.
- Alle Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
- Ihrerseits bestehen Rechte auf Auskunftserteilung, Berichtigung und Löschung der Daten.
- Die Daten werden nur solange gespeichert, wie ihre Vorhaltung für die Aufgabenerfüllung des Schularztes erforderlich ist.
- Die Daten werden innerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienstes nur in anonymisierter bzw. pseudonymisierter Form an das innerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Thüringen für statistische Auswertungen zur Kinderund Jugendgesundheit zuständige Thüringer Landesverwaltungsamt und das mit diesem zusammenarbeitende Thüringer Landesamt für Statistik weitergegeben.
- Die vom Gesundheitsamt erhobenen personenbezogenen Daten sind nur zur unmittelbaren Nutzung durch die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes bestimmt und werden nicht an Stellen oder Personen außerhalb derselben weitergegeben, auch nicht in anonymisierter oder pseudonymisierter Form.
- Grundsätzlich dürfen Datensätze, die auf die Erfassung von Daten zu Ihrem Kind zurückgehen, selbst als reduzierte Einzeldaten und bei möglicherweise fehlender Personenbeziehbarkeit nicht durch andere als die genannten Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes verarbeitet und genutzt werden, insbesondere auch nicht im Rahmen von wissenschaftlichen Erhebungen, Forschungsarbeiten, Studien oder Ähnlichem (unabhängig vom Auftraggeber), es sei denn, Sie haben dahingehend in gesonderter Form gegenüber dem Gesundheitsamt schriftlich Ihre Einwilligung erklärt und wurden speziell über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme informiert.
- Hier finden Sie die Angaben des für die Datenerhebung und Datenverarbeitung Verantwortlichen im Sinne Art.4 Nr.7 EU-DSGVO (Landratsamt bzw. Stadtverwaltung, Gesundheitsamt, Adresse, Telefon, E-Mail):

Bitte füllen Sie nachfolgende Seite aus, sofern Sie mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten einverstanden sind. Mit freundlichen Grüßen – Ihr Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

wird vom Gesundh	neitsamt ausgefüllt:
Kenn-Nummer:	Untersuchungsart:Untersuchungsdatum:
Freiwillige A	ngaben zum Migrationshintergrund:
Name, Vorname	e des zur Untersuchung vorstelligen Kindes:
Geburtsdatum o	des zur Untersuchung vorstelligen Kindes:
1. Welche Sprac	he wurde in den ersten vier Lebensjahren mit dem Kind überwiegend gesprochen?
□ deutsche Spra	che
□ andere Sprach	ne, welche?
□ weitere Spracl	ne(n), welche?
2. Sind Sie in De	eutschland geboren?
Kind □ ja	□ nein, in welchem Land?
Mutter □ ja	□ nein, in welchem Land?
Vater □ ja	□ nein, in welchem Land?
3. Welche Staat	sangehörigkeit haben Sie?
Mutter deutsch?	? □ ja → □ weitere Staatsangehörigkeit, welche?
•	□ nein, welche Staatsangehörikeit?
Vater deutsch?	□ ja → □ weitere Staatsangehörigkeit, welche?
	□ nein, welche Staatsangehörigkeit?
Kind deutsch?	□ ja → □ weitere Staatsangehörigkeit, welche?
	□ nein, welche Staatsangehörigkeit?
	

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten

für die Kenntnisnahme der Informationen gemäß Art. 13 EU-DSGVO und zur Einwilligung der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung oben stehender Daten

