

Landratsamt / Stadtverwaltung Jena
Gesundheitsamt
Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

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

Datum: _____

Schulärztliche Vorsorgeuntersuchung in Klassenstufen¹, Einladung und Fragebogen

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,

hiermit informieren wir Sie über die vorgesehene Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes und übergeben rückseitig einen Fragebogen, durch den die für die Untersuchung erforderlichen Daten erhoben werden.

Die Untersuchung Ihres Kindes findet zu folgendem Termin statt:

Name, Vorname (Kind)	Geburtsdatum	Schule
Termin (Datum, Uhrzeit) der Untersuchung Mitteilung durch Schule	Untersuchungsort in der Schule oder im Gesundheitsamt	

Die Vorsorgeuntersuchung ist 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 der Schulärztin/dem Schularzt hinsichtlich der Beurteilung der Entwicklung und Belastbarkeit Ihres Kindes helfen. Als Sorgeberechtigte sind Sie verpflichtet, im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung dem Schularzt Vorerkrankungen, bekannte Gesundheits- und Entwicklungsstörungen und den Impfstatus Ihres Kindes mitzuteilen (§ 3 Abs. 2 ThürSchulgespflVO). 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 in 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 – Ihre Schulärztin/Ihr Schularzt

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, Hausnummer, PLZ, Ort)	Telefon	Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	Telefon

¹Rechtsgrundlagen für die schulärztliche Vorsorgeuntersuchung in Klassenstufen: §§ 55/57 Thüringer Schulgesetz (ThürSchulG) vom 30.04.2003 (in der aktuellen Fassung) i. V. m. §§ 1-4 Thüringer Schulgesundheitspflegeverordnung (ThürSchulgespflVO) vom 26.09.2002 (in der aktuellen Fassung).

Die folgenden 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. 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
☐ Augenerkrankung, Sehstörung		☐ Harnblasenerkrankung	
☐ letzte Augenarztvorstellung		☐ Nierenerkrankung	
☐ Brille seit		☐ Anfallsleiden (Epilepsie)	
☐ Ohrenerkrankung, Hörstörung		☐ Verhaltensstörung	
☐ Sprachstörung		☐ Hirnhautentzündung	
☐ Herz-Kreislauf-Erkrankung		☐ Hüfterkrankung	
☐ Bronchitis		☐ Wirbelsäulenerkrankung	
☐ Asthma bronchiale		☐ Erkrankung der Füße	
☐ Lungenentzündung		☐ In orthopädischer Behandlung seit	
☐ Allergie, welche?		☐ Andere Skeletterkrankung, welche?	
☐ Sonstige Hauterkrankung, welche?		☐ Andere chronische Erkrankung, welche?	
.			

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

3. Befindet sich Ihr Kind in ständiger ärztlicher Kontrolle/Behandlung?

- ☐ Nein
☐ Ja, warum?

4. Hat Ihr Kind eine Sportbefreiung? ☐ Nein ☐ Ja

5. Wurden oder werden Ihrem Kind über längere Zeit Arzneimittel verordnet?

- ☐ Nein
☐ Ja, welche?

6. Besteht ein Grad der Behinderung (GdB)? ☐ Nein ☐ Ja, welcher GdB?

7. Schwerbehindertenausweis liegt vor? ☐ Nein ☐ Ja

8. Besteht Pflegebedürftigkeit? ☐ Nein ☐ Ja, welcher Pflegegrad?

9. Über welche gesundheitlichen Beschwerden klagt Ihr Kind aktuell?

10. Welche speziellen Fragen haben Sie oder Ihr Kind an die Schulärztin/den Schularzt?

Datum

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten

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