

Elternfragebogen zur Schuleingangsuntersuchung¹

Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
Mit * gekennzeichnete Angaben sind freiwillig.

Angaben zu Kind und Sorgeberechtigten für die Gesundheitsakte

Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum des Kindes
Name(n) und Anschrift(en) der/des Personensorgeberechtigten		*Telefon/*Handy
Name(n) und Anschrift(en) der/des Personensorgeberechtigten		*Telefon/*Handy
Name der Schule, an welcher das Kind angemeldet wurde		
Datum, Uhrzeit der Untersuchung	Untersuchungsort Stadt Jena Kinder- und Jugendärztlicher Dienst Lutherplatz 3 · 07743 Jena	

1. Familienanamnese: Gibt es Gesundheitsstörungen in der Familie, von denen Sie wissen oder vermuten, dass sie Auswirkungen auf die Entwicklung oder Belastbarkeit Ihres Kindes haben könnten bzw. im Schulalltag zu berücksichtigen wären (z. B. Sehstörung, Hörstörung, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Allergie, Asthma bronchiale, Epilepsie, Depression oder andere psychische Erkrankung, Rheuma, Diabetes mellitus, Krebserkrankung, andere schwere Erkrankung) Nein / Ja
Falls ja, welche?

.....
.....

2. Wurde bei Ihrem Kind eine Behinderung festgestellt? Nein/ Ja - Welcher Behinderungsgrad?
Ist Ihr Kind Inhaber eines Schwerbehindertenausweises? Nein/ Ja - Welches Merkzeichen?
Beansprucht Ihr Kind Leistungen der Pflegeversicherung? Nein/ Ja - Welcher Pflegegrad?

3. Nutzt Ihr Kind Hilfsmittel? Nein / Ja
Falls ja, welche? Brille / Hörgerät / Orthese / Rollstuhl / Gehilfe / Schuheinlagen

4. Gab es Besonderheiten bei der Schwangerschaft? Nein / Ja
Falls ja, welche?

Gab es Besonderheiten bei der Geburt? Nein / Ja
Falls ja, welche? Frühgeburt / Mehrlingsgeburt / Entbindung per Zange oder Saugglocke /
 Neonatologische Betreuung des Kindes nach der Geburt

¹ Rechtsgrundlagen für die Schuleingangsuntersuchung:

§§ 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), §§ 119/120 Thüringer Schulordnung (ThürSchulO) vom 20.01.1994 (in der aktuellen Fassung).

5. Wie verlief die Entwicklung Ihres Kindes?

- Freies Laufen ab..... (Lebensmonat)
Erste Worte sprechen (außer Mama, Papa) ab..... (Lebensmonat)
 Besonderheiten der Entwicklung, welche?

.....
.....
.....

6. Welche Behandlungen oder Unterstützungen hat Ihr Kind jemals erhalten?

- Logopädie
 Ergotherapie
 Physiotherapie/Krankengymnastik
 Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
 Frühe Hilfen
 Integrationskind im Kindergarten
 Einzelintegration (1:1 Betreuung)
 Sprachförderung im Kindergarten
 Frühförderstelle
 Familienberatungsstelle
 Psychologische Behandlung/Psychotherapie
 Jugendamt/Familienhilfe

7. Welche der folgenden Krankheiten wurden bei Ihrem Kind jemals ärztlich diagnostiziert?

- Mittelohrentzündung (gehäuft)
 Hals-/Mandelentzündung (gehäuft)
 Lungenentzündung
 Epilepsie/Krampfanfall
 Allergie
 Nahrungsmittelunverträglichkeit
 Herzfehler/Herzerkrankung
 Chronische Magen-Darm-Erkrankung
 Diabetes mellitus
 Asthma bronchiale
 Neurodermitis
 Sehstörung
 Hörstörung
 Sprachauffälligkeit
 Bewegungsstörung
 orthopädisches Leiden
 Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS)
 Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS)
 Autismus-Spektrum-Störung (ASS)
 Psychische Erkrankung
 Tumor/Krebskrankung

 Andere, welche?.....

8. Welche der Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

- Hirnentzündung/Hirnhautentzündung
- Keuchhusten
- Windpocken
- Mumps
- Masern
- Röteln
- Scharlach
- Borreliose
- Hepatitis B
- Andere, welche?.....

9. Zeigte Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten folgende Verhaltensauffälligkeiten?

- Konzentrationsstörung
- Einnässen
- Einkoten
- Ängstlichkeit
- Aggressivität
- Schlafstörung
- Motorische Unruhe, Hyperaktivität
- Unüberlegte riskante Handlungen

10. Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall, der ärztlich behandelt wurde? Nein / Ja

Falls ja, welche Verletzung und wann?

.....
.....

11. Wurde Ihr Kind jemals operiert bzw. ist eine Operation geplant? Nein / Ja

Falls ja, welche Operationen und wann?

.....
.....

12. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Nein / Ja

Falls ja, Namen der Medikamente:

.....
.....

13. Muss Ihr Kind ein Notfallset mit sich führen? Nein / Ja

Falls ja, warum?

.....
.....
.....

14. Bei welchen Ärztinnen oder Ärzten haben Sie Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten vorgestellt?

- Kinderarzt/Hausarzt
- Zahnarzt
- Kieferorthopäde
- Augenarzt
- Hals-Nasen-Ohren-Arzt
- Hautarzt
- Urologe
- Chirurg/Orthopäde
- Kinder- und Jugendpsychiater
- Andere, welche?.....

15. Welche Sprache wird mit dem Kind zu Hause gesprochen?

- Nur Deutsch Nur Andere, welche?
- Deutsch und Andere, welche

16. *Besucht Ihr Kind einen Kindergarten oder eine Tagesmutter? Nein / Ja

Falls ja, wie lang? Unter 1 Jahr / Über 1 Jahr / Über 2 Jahre / Über 3 Jahre / Über 4 Jahre

17. *Name des behandelnden Kinder- oder Hausarztes und Praxisort:

.....

X

Datum und Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten

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

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich willige/wir willigen hiermit ein, dass das Gesundheitsamt die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung mit * gekennzeichneten freiwilligen Angaben verarbeiten darf.

Vor- und Nachname sowie Geburtsdatum des Kindes:

.....

Mir/uns ist bekannt, dass die Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit widerrufen werden kann, ohne dass meinem/unserem Kind daraus Nachteile entstehen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung von personenbezogenen Daten nicht berührt. Der Widerruf ist zu richten an:

Stelle, Kontaktdaten zur Entgegennahme des Widerrufs:

Stadt Jena · Fachdienst Gesundheit · Kinder- und Jugendärztlicher Dienst · Lutherplatz 3 · 07743 Jena

X

Datum Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten

(Sofern nur ein Berechtigter unterschreibt, versichert dieser zugleich mit Vollmacht und Zustimmung des anderen sein Einverständnis zu geben. Gilt für alle auf dem Formbogen zu leistenden Sorgeberechtigten-Unterschriften.)

Dienststempel

Stadt Jena
Fachdienst Gesundheit
Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
Lutherplatz 3
07743 Jena

Datum: _____

Erfassung des Migrationshintergrundes zur kinder- und jugendärztlichen Untersuchung (Schuleingangsuntersuchung, Untersuchung in Klassenstufen)

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,

der Schülärztin/dem Schülärzt 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 (in der geltenden Fassung). Daten zum Migrationshintergrund haben eine große Bedeutung für gesundheitspolitische Projekte zur Gesundheitsförderung. Unter anderem ermöglichen diese auch der Schülärztin/dem Schülärzt, entsprechende Zielgruppen von Kindern 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) informieren wir Sie über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten wie folgt. (Vgl. auch „Merkblatt zur Erhebung von personenbezogenen Daten (Informationspflicht nach Art. 13 DS-GVO - Direkterhebung beim Betroffenen) hinsichtlich Migrationshintergrunderfassung zur Schuleingangsuntersuchung und zur Untersuchung in Klassenstufen durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst“):

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 der Schülärztin/des Schülärztes erforderlich ist.
- Die Daten werden nur in anonymisierter bzw. pseudonymisierter Form an das innerhalb des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Thüringen für statistische Auswertungen zur Kinder- und 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

Dieses Kästchen wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt:

Kenn-Nummer: Untersuchungsart: Untersuchungsdatum:

Freiwillige Angaben zum Migrationshintergrund:

Name, Vorname des zur Untersuchung vorstelligen Kindes:.....

Geburtsdatum des zur Untersuchung vorstelligen Kindes:.....

1. Welche Sprache wurde in den ersten vier Lebensjahren mit dem Kind überwiegend gesprochen?

- Deutsche Sprache
 - Andere Sprache, welche?.....
 - Weitere Sprache(n), welche?

2. Sind Sie in Deutschland geboren?

Kind Ja Nein, in welchem Land?.....

Mutter Ja Nein, in welchem Land?.....

Vater Ja Nein, in welchem Land?.....

3. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

Mutter deutsch? Ja → Weitere Staatsangehörigkeit, welche?

Nein, welche Staatsangehörigkeit?.....

Vater deutsch? Ja Weitere Staatsangehörigkeit, welche?

Nein, welche Staatsangehörigkeit?.....

Kind deutsch? Ja → Weitere Staatsangehörigkeit, welche?

Nein, welche Staatsangehörigkeit?.....

Datum

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten
für die Kenntnisnahme der Informationen gemäß Art. 13 EU-DSGVO und zur
Einwilligung der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung obenstehender Daten