



Herrn und Frau Mustermann
Musterkindstraße 11

12345 Berlin

Liebe Eltern,

Ihr Kind kommt bald in die Schule. Das ist eine große Veränderung für Ihr Kind und Ihre Familie. Die meisten Kinder freuen sich auf die Schule. Manchen fällt die Umstellung jedoch schwer.

In der Einschulungsuntersuchung können wir den Entwicklungsstand Ihres Kindes feststellen. Wir beraten Sie auch, wenn Ihr Kind besondere Förderung braucht. Unser Ziel ist, dass Ihr Kind die beste Förderung erhält und Freude am Unterricht hat.

Die Untersuchung ist gesetzlich vorgeschrieben. Alle Kinder müssen vor der Schule untersucht werden. Wir prüfen auch, ob Ihr Kind gegen Masern geimpft ist.

Sie müssen mit Ihrem Kind zusammen zur Untersuchung kommen und Angaben machen. Bringen Sie bitte den beiliegenden Fragebogen ausgefüllt mit. Wir stellen Ihnen auch einige Fragen zum Lebensumfeld Ihres Kindes. Diese Angaben sind freiwillig, aber sehr wichtig für unsere Arbeit. Ihre Angaben sind vertraulich und werden nicht an die Schulen weitergegeben.

Wir möchten außerdem die gesundheitliche Lage von Kindern in Berlin besser verstehen. Dafür werden die Untersuchungsergebnisse im Bezirk und für ganz Berlin ausgewertet. Diese Auswertungen sind anonym. Niemand kann etwas über ein einzelnes Kind erfahren.

Wir freuen uns darauf, Ihr Kind kennenzulernen. Gerne beantworten wir Ihre Fragen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Schulärztliche Untersuchung Ihres Kindes

am ____ . ____ . ____ um ____ Uhr.

Ort der Untersuchung: s. nebenstehende Adresse

Die Untersuchung wird ca. eine Stunde dauern.

Bitte rufen Sie uns an, falls Sie zu dem Termin nicht kommen können.

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen zur Untersuchung mit:

1. den ausgefüllten beiliegenden **Fragebogen**
2. das **Impfbuch**
3. das gelbe **Vorsorgeuntersuchungsheft**
4. wichtige ärztliche Befunde und
5. eine eventuell vorhandene **Brille**

Diesen Bogen bitte ausgefüllt zur Untersuchung mitbringen

1. Angaben zur Person

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ Geburtsdatum: __. __. ____

in Deutschland geboren: ja ☐

nein ☐ Seit wann lebt Ihr Kind in Deutschland (Monat/ Jahr)? __. ____

Geschwister unter 18 Jahre:

Vorname, Name	Geburtsjahr	Vorname, Name	Geburtsjahr
1. _____	___. __. ____	4. _____	___. __. ____
2. _____	___. __. ____	5. _____	___. __. ____
3. _____	___. __. ____	6. _____	___. __. ____

Angaben zur Mutter/Elternteil A:

Name: _____ Vorname: _____ Tel.-Nr.: _____

Geburtsland: _____

Staatsangehörigkeit: deutsch ja ☐ nein ☐ andere/weitere: _____

Angaben zum Vater/Elternteil B :

Name: _____ Vorname: _____ Tel.-Nr.: _____

Geburtsland: _____

Staatsangehörigkeit: deutsch ja ☐ nein ☐ andere/weitere: _____

Welche Sprachen werden in Ihrer Familie mit dem Kind gesprochen?

1. _____ 2. _____ 3. _____

2. Erkrankungen des Kindes (auch frühere):

Name Kinderärztin/ Kinderarzt: _____

2.1 obstruktive Bronchitis/Asthma ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

2.2 angeborene Herzfehler/Herzerkrankungen ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

2.3 Krampfleiden (epileptische Anfälle) ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

2.4 andere wichtige Erkrankungen/Allergien/Unfälle ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

wenn ja, welche: _____

2.5 Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

wenn ja, welche: _____

2.6 Krankenhausaufenthalte/Operationen Anzahl _____ keine ☐ weiß nicht ☐

3. Entwicklung des Kindes

- 3.1. Wurde/wird Ihr Kind behandelt/betreut
- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| durch eine(n) Krankengymnasten/Krankengymnastin? | ja ☐ | nein ☐ |
| durch eine(n) Ergotherapeuten(in)? | ja ☐ | nein ☐ |
| durch eine(n) Logopäden(in)? | ja ☐ | nein ☐ |
| durch eine(n) Psychologen(in)/Psychiater(in)/Erziehungsberatung? | ja ☐ | nein ☐ |
- 3.2. Machen Sie sich Sorgen um Ihr Kind wegen
- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| seines Verhaltens? | ja ☐ | nein ☐ |
| seiner Sprachentwicklung? | ja ☐ | nein ☐ |
| seiner Konzentrationsfähigkeit? | ja ☐ | nein ☐ |
| seines Seh- oder Hörvermögens? | ja ☐ | nein ☐ |
- 3.3. Nässt Ihr Kind ein? ja ☐ nein ☐

4. Betreuung des Kindes

Name der aktuellen Kita: _____ Mein Kind hat bisher keine Kita besucht ☐

- 4.1 Seit wann (Monat/Jahr) geht Ihr Kind in eine Kindertagesstätte?
(auch Elterninitiativ-Kita/ Großtagespflegestelle)?
- | Monat | Jahr |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- wenn Ihr Kind aktuell keine Kita besucht, seit wann nicht mehr?
- 4.2 Geht oder ging Ihr Kind in eine andere Tagesbetreuung? ja ☐ nein ☐
- 4.3 Wie viele Stunden pro Tag wird Ihr Kind in der Kita betreut?
- bis zu 5 Stunden ☐ 5 - 7 Stunden ☐ länger als 7 Stunden ☐

Wir stellen Ihnen im Weiteren auch einige Fragen zum Lebensumfeld Ihres Kindes. Diese Angaben sind freiwillig, aber sehr wichtig für unsere Arbeit. Ihre Angaben sind vertraulich und werden nicht an die Schulen weitergegeben.

5. Lebensumfeld

- 5.1 Das Kind lebt überwiegend bei
- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| Eltern ☐ | bei getrennt lebenden Eltern: im Wechselmodell ☐ | im Nestmodell ☐ |
| allein erziehender Mutter/Elternteil A ☐ | allein erziehendem Vater/Elternteil B ☐ | |
| Pflegefamilie/ Verwandten ☐ | in einer Einrichtung ☐ | |

- 5.2 Schulabschluss der Eltern (den höchsten ankreuzen und bitte bei beiden Eltern angeben!)

	Mutter/ Elternteil A	Vater/ Elternteil B
kein Schulabschluss	☐	☐
Hauptschulabschluss oder weniger als 10. Klasse	☐	☐
mittlere Reife/mittlerer Schulabschluss (MSA)/10. Klasse	☐	☐
Abitur/Fachabitur	☐	☐

Diesen Bogen bitte ausgefüllt zur Untersuchung mitbringen

5.3 Berufsausbildung der Eltern (die höchste ankreuzen und bitte bei beiden Eltern angeben!)

	Mutter/ Elternteil A	Vater/ Elternteil B
keine/keine abgeschlossene Berufsausbildung	☐	☐
in Ausbildung/Studium	☐	☐
abgeschlossene Berufsausbildung/Fachschulabschluss	☐	☐
abgeschlossenes Studium (Uni, Fachhochschule)	☐	☐

5.4 Berufstätigkeit der Eltern (bitte bei beiden Eltern angeben!)

	Mutter/ Elternteil A	Vater/ Elternteil B
nicht erwerbstätig, weil		
finde keine Arbeit	☐	☐
alle anderen Gründe	☐	☐
teilzeitbeschäftigt	☐	☐
vollzeitbeschäftigt	☐	☐

5.5 Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt (Ihr einzuschulendes Kind mitgerechnet)?

Erwachsene: Kinder unter 18 Jahren:

5.6 Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind Raucher/Dampfer? keiner ☐

5.7 Wie viele Stunden am Tag beschäftigt sich Ihr Kind im Durchschnitt mit elektronischen Bildschirmgeräten?
(elektronische Bildschirmgeräte sind Fernsehen, Computer, Tablet, Smartphone, Spielekonsole etc;
Geräte ausschließlich zum Hören z.B. Tonie-Box sind nicht gemeint)

Dauer der Beschäftigung pro Tag

gar nicht	☐	mein Kind hat	
max. ½ Stunde	☐	einen eigenen Fernseher	☐
max. 1 Stunde	☐	andere eigene elektronische Geräte	☐
max. 2 Stunden	☐	wenn ja, welche: _____	
max. 3 Stunden	☐	mein Kind hat kein eigenes Gerät	☐
über 3 Stunden	☐		

Einverständniserklärung

Ich bin darüber informiert worden, dass die Beantwortung des Abschnitts 5 der vorstehenden Fragen **freiwillig** erfolgt. Die erhobenen Daten werden entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich behandelt und verbleiben beim Arzt bzw. bei der Ärztin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes.

Datum _____ Unterschrift _____
der/des Personensorgeberechtigten