

# Gesundheitsamt

der Stadt Darmstadt und des Landkreises Darmstadt-Dieburg

Gesundheitsamt Niersteiner Straße 3 64295 Darmstadt  
Postfachadresse 64220 Postfach 110527

[www.gesundheitsamt-dadi.de](http://www.gesundheitsamt-dadi.de)

**Kind:** .....

**Termin:** .....

**Uhrzeit:** .....

**Ort:** .....



Liebe Erziehungsberechtigte,

hiermit laden wir Sie zur Einschulungsuntersuchung Ihres Kindes ein. Sie ist für alle schulpflichtigen Kinder gesetzlich vorgeschrieben. Ziel ist es, lernrelevante Fähigkeiten zu untersuchen und Sie individuell zu beraten, damit Ihr Kind optimal in die Schule starten kann. Planen Sie hierfür **ca. 90 Minuten** ein. Obwohl wir uns sehr bemühen, sind im Einzelfall Wartezeiten nicht immer vermeidbar. Die Untersuchung umfasst:

- 1. Anamneseerhebung und Impfberatung**
- 2. Hör- und Sehtest**
- 3. Entwicklungsdiagnostik, körperliche Untersuchung und Beratung.**

Umseitig finden Sie einen Fragebogen, der uns ein erstes Bild zur bisherigen Entwicklung Ihres Kindes ermöglicht. Bitte füllen Sie ihn am besten in Ruhe zuhause aus. Natürlich werden Ihre Angaben entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht vertraulich behandelt. Lediglich lernrelevante Aspekte werden mit der Schule besprochen. Bitte erscheinen Sie **pünktlich** und bringen folgende Unterlagen mit:

- **Impfbuch**
- **gelbes Vorsorgeheft**
- **ausgefüllten Fragebogen** (siehe Rückseite)
- **sofern vorhanden: weitere ärztliche, psychologische oder therapeutische Berichte (z.B. SPZ)**

Günstig ist auch eine **leicht aus- und anziehbare Kleidung** für Ihr Kind.

Wir freuen uns, Sie mit Ihrem Kind an o.g. Termin kennenzulernen. Bitte beachten Sie auch unsere **aktuellen Hygiene-Hinweise auf unserer Homepage**. Falls Sie nicht kommen können, umgezogen sind oder Ihr Kind erkrankt ist, informieren Sie uns bitte umgehend telefonisch unter der Nummer **06151-3309/0**. Sollten Sie uns nicht erreichen, wenden Sie sich an Ihre zuständige Schule. Wir werden Ihnen dann baldmöglichst einen neuen Termin anbieten.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Ihre Schulärztin / Ihr Schularzt  
Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

#### **Hinweis zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung:**

Die Untersuchung ist im Hessischen Schulgesetz und der Verordnung über die Zulassung und Ausgestaltung von Untersuchungen und Maßnahmen der Schulgesundheitspflege geregelt. Die Daten werden automatisiert gespeichert und **durch die hierzu befugten Mitarbeitenden** nur zum Zwecke der Schulgesundheitspflege verwendet. Soweit im Schulgesetz und anderen Rechtsvorschriften zur Verarbeitung der personengebundenen Daten nichts weiter geregelt ist, gelten die Vorschriften des Hessischen Datenschutzgesetzes.

**Angaben zur Gesundheitsvorgeschichte - alle Angaben sind freiwillig**

Einschulkind	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort / -land	
Staatsangehörigkeit bei Geburt	
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)	
zuständige Schule	
Kindergarten (Name, Aufnahmedatum)	
Kinder- / Hausarzt oder Kinder- / Hausärztin	
Weitere Fachärzte oder Fachärztinnen	

Vater		Mutter	
Name, Vorname			
Geburtsjahr			
Geburtsland			
Staatsangehörigkeit (bei Geburt, ggf. mehrere)			
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.)	siehe Kind <input type="checkbox"/>	siehe Kind <input type="checkbox"/>	
Telefon			
KISS-Sprachscreening	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	HIPPY-Programm	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geschwister (Geburtsjahr, m/w/d)	1. ....	2. ....	3. ....
4. ....	5. ....	6. ....	7. ....

**Familienvorgeschichte** (Eltern oder Geschwister des Kindes)

Brillen- bzw. Kontaktlinsenträger <input type="checkbox"/>	Lese-Rechtschreibschwäche <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/>	Rechenschwäche <input type="checkbox"/>
Chron. Erkrankungen, Behinderungen <input type="checkbox"/> (welche):	

**Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung**

Probleme während der Schwangerschaft / Geburt	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche):	Geburtsgewicht: .....
Freies Laufen mit .....Mon.	Besonderheiten der Säuglings- u. Kleinkinderzeit: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche):	
Erste Worte mit .....Mon.		
Erste Sätze mit .....Mon.		
Tagsüber ohne Windeln mit .....Jahren		
Nachts ohne Windeln mit .....Jahren		

**Erkrankungen / Unfälle**

Windpocken: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	Schwere Infektionskrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung):
Andere schwere Erkrankungen:	
Unfälle:	
Krankenhausaufenthalte, Operationen:	
Oft in ärztlicher Behandlung wegen:	
Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Präparat und Dosierung):	

**Fördermaßnahmen und Hilfsmittel**

Sehstörung <input type="checkbox"/>	Brille seit:	Schielbehandlung, Sehschule seit:
Hörstörung <input type="checkbox"/>	Hörhilfen:	
Sprachstörung <input type="checkbox"/>	Sprachtherapie von	bis

**Persönliche Besonderheiten**

Bewegungsunruhe <input type="checkbox"/>	Konzentrationsschwäche <input type="checkbox"/>	Ängstlichkeit <input type="checkbox"/>	Maßnahmen, Therapien Ergotherapie seit: Psychomotorik seit: Andere Fördermaßnahmen (welche):
Ungeschicklichkeit <input type="checkbox"/>	Verzögerte Entwicklung <input type="checkbox"/>	Einnässen/Einkoten <input type="checkbox"/>	
Sonstiges:			

**Eingliederungshilfen**

Integrationsplatz im Kindergarten von ..... bis .....	Frühförderung bei ..... von ..... bis .....
--	--

Interessen, besondere Fähigkeiten, Stärken, Hobbies:

Sport im Verein: .....

Kann Ihr Kind schwimmen?  ja  nein

Hat Ihr Kind das Seepferdchenabzeichen?  ja  nein

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_ Unterschrift Eltern: \_\_\_\_\_