



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. Falls Sie nicht kommen können, umgezogen sind oder Ihr Kind erkrankt ist, informieren Sie uns bitte umgehend telefonisch unter der Nummer **06151-3309/231**. Sollten Sie uns nicht erreichen, wenden Sie sich bitte an Ihre zuständige Schule. Wir werden Ihnen dann baldmöglichst einen neuen Termin anbieten.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

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, Aufnahme datum)	
Kinder-/Hausarzt	
Weitere Fachärzte	

	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.	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:g
Freies Laufen	mitMon.	Besonderheiten der Säuglings- u. Kleinkinderzeit: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche):
Erste Worte	mitMon.	
Erste Sätze	mitMon.	
Tagsüber ohne Windeln	mitJahren	
Nachts ohne Windeln	mitJahren	

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:	
Ungeschicklichkeit <input type="checkbox"/>	Verzögerte Entwicklung <input type="checkbox"/>	Einnässen/Einkoten <input type="checkbox"/>		Psychomotorik seit:
Sonstiges:				Andere Fördermaßnahmen (welche):

Eingliederungshilfen

Integrationsplatz im Kindergarten	Frühförderung	von	bis
von bis	bei		

Interessen, besondere Fähigkeiten, Stärken, Hobbies:	
Sport im Verein:	
Kann Ihr Kind schwimmen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hat Ihr Kind das Seepferdchenabzeichen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ausgefüllt am: _____ Unterschrift Eltern: _____