

Landeshauptstadt Dresden  
Amt für Gesundheit und Prävention  
Kinder- und Jugendärztlicher Dienst  
Postfach 12 00 20  
01001 Dresden

Eingangsvermerk - Empfänger

Sitz: Dr.-Külz-Ring 19, 01067 Dresden

## Einladung zur Schulaufnahmeuntersuchung

Sehr geehrte Eltern,

bald ist es soweit - Ihr Kind kommt in die Schule.

In Vorbereitung auf diesen neuen Abschnitt stehen Ihnen die Ärzte/die Ärztinnen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes Dresden gern beratend zur Seite.

Die Schulaufnahmeuntersuchung hat das Ziel, gesundheitliche Besonderheiten, die für den Schulbesuch von Bedeutung sein können, zu erkennen und gegebenenfalls notwendige Behandlungen und Fördermaßnahmen zu empfehlen. Dazu untersuchen wir Ihr Kind körperlich (einschließlich Seh- und Hörtest) und beurteilen orientierend dessen Entwicklungsstand. Außerdem besprechen wir die Gesundheitsvorgeschichte und führen eine Impfberatung durch. Die Schulaufnahmeuntersuchung erfasst alle Kinder eines Jahrgangs und gibt damit Aufschluss über deren Gesundheitszustand.

Zur statistischen Auswertung erfolgt eine pseudonymisierte Datenerfassung und -weitergabe an das Statistische Landesamt des Freistaates Sachsen. Die bei der Erhebung des Impfstatus gewonnenen Daten werden in aggregierter und anonymisierter Form über die oberste Landesbehörde dem Robert-Koch-Institut übermittelt.\*\* Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter: [www.dresden.de/schulaufnahmeuntersuchung](http://www.dresden.de/schulaufnahmeuntersuchung)

**Gemäß den gesetzlichen Grundlagen\* ist die Schulaufnahmeuntersuchung eine Pflichtuntersuchung für alle Kinder. Die Anwesenheit eines Sorgeberechtigten ist dabei erforderlich. Selbstverständlich unterliegen alle Befunde und Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.**

Die Schulaufnahmeuntersuchungen finden an den vier Standorten des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes statt. Die Zuteilung zum Standort ergibt sich je nach Schule, an der Sie Ihr Kind anmelden. Zur Schulanmeldung werden Sie über den Kontakt zum zuständigen Kinder- und Jugendärztlichen Dienst informiert. Gerne können Sie sich auch unter gesundheitsamt-kjg@dresden.de oder unter (03 51) 4 88 82 41 melden.

**Bitte bringen Sie zur Vorlage mit:**

- dieses Formular zur Gesundheitsvorgeschichte
- gegebenenfalls medizinische Befunde und Unterlagen (z.B. Schwerbehindertenausweis, Nachweis Pflegegrad)
- Impfausweis (Beratung und Erfassung des Impfstatus gemäß Gesetz\*\*)
- Vorsorgeheft

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Zur Vorbereitung auf die Schulaufnahmeuntersuchung bitten wir Sie, diese Seite auszufüllen.

### Angaben zum Kind

Name des Kindes	Vorname(n) des Kindes	
Straße / Hausnummer		Geburtsdatum
PLZ	Ort	
<b>Kindertages- einrichtung</b>	nein	ja, Adresse:

### Angaben zu Sorgeberechtigten

Name der/des Sorgeberechtigten	Vorname(n) der/des Sorgeberechtigten
Telefonnummer	

### Angaben zur Gesundheitsvorgeschichte

#### Schwangerschaft und Geburtsverlauf

Besonderheiten

---

Geburtsgewicht                      g      Geburtslänge                      cm

#### Entwicklung

Freies Laufen	bis 18 Monate	später
Erste Worte	bis 18 Monate	später
Sprachauffälligkeit	nein	ja
Einnässen tagsüber	nein	ja
Händigkeit	rechts	links                      wechselnd
Mehrsprachigkeit	nein	ja

#### Krankheiten

Sehstörungen

Hörstörungen/Ohrenerkrankungen

atopische Erkrankungen      Asthma bronchiale      Heuschnupfen      Neurodermitis

Nahrungsmittelallergie (z.B. Nüsse, Eier, Fisch)

andere allergische Erkrankungen

Hauterkrankungen

Orthopädische Erkrankungen (z. B. Hüftleiden)

Anfallsleiden

sonstige chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus)

durchgemachte Infektionskrankheiten                      Masern (mit ärztlicher Bescheinigung)                      Windpocken

#### Behandlungen und Fördermaßnahmen

regelmäßige Medikamenteneinnahme

Operationen

Krankenhausaufenthalte

Heil- und Fördermaßnahmen (Sprach-, Physio-, Ergo-, Spieltherapie, Frühförderung, Kita-Integration, Förder-Kita)

**Machen Sie sich über Entwicklungsbesonderheiten oder Verhaltensauffälligkeiten Ihres Kindes Sorgen?**

Wenn ja, warum?

Welcher Kinderarzt/Hausarzt betreut Ihr Kind?

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Untersuchung und Datenverarbeitung ein.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten  
(falls nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt, wird auch das Einverständnis des zweiten  
Sorgeberechtigten bestätigt oder das alleinige Sorgerecht des Unterzeichnenden erklärt)