

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

Sitz: Dr.-Külz-Ring 19, 01067 Dresden

Eingangsvermerk - Empfänger

## Untersuchung im Rahmen der Schulgesundheitspflege - öffentliche Schulen -

Sehr geehrte Eltern,

in diesem Schuljahr ist die schulärztliche Untersuchung Ihres Kindes vorgesehen. Der Termin wird über die Schule mitgeteilt.

Die Schuluntersuchungen helfen, den Gesundheitszustand unserer Kinder und Jugendlichen zu erfassen, gesundheitliche Probleme zu erkennen und zu lösen sowie die Schüler\*innen zu gesundheitlichen Fragen einschließlich Impfungen zu beraten.

Zur statistischen Auswertung erfolgt eine pseudonymisierte Datenerfassung und -weitergabe an das Statistische Landesamt Sachsen. Weitere Informationen finden Sie unter: [www.dresden.de/schuluntersuchung](http://www.dresden.de/schuluntersuchung)

Die Untersuchungen werden einzeln unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht durchgeführt. Bei dieser Untersuchung handelt es sich um eine Pflichtuntersuchung\*.

Sie haben die Möglichkeit, diese Untersuchung auch bei Ihrem Kinder-/Hausarzt durchführen zu lassen (§ 26a Abs. 5 SchulG). In diesem Fall tragen Sie die Kosten der Untersuchung. Sollten Sie von dieser Möglichkeit Gebrauch machen, geben Sie bis zum Tag der schulärztlichen Untersuchung die ärztliche Bescheinigung Ihres Kinder-/Hausarztes über die Durchführung der Untersuchung im verschlossenen Umschlag bei der Schulleitung ab. Darüber hinaus sind Sie verpflichtet, der Schulleitung gesundheitliche Beeinträchtigungen Ihres Kindes, die sich im Schulbetrieb auswirken können, mitzuteilen (§ 26a Abs. 6 SchulG).

Falls Sie an der schulärztlichen Untersuchung Ihres Kindes teilnehmen wollen, teilen Sie uns dies bitte mit, um unnötige Wartezeiten zu vermeiden.

Wir bitten Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Ihre Angaben helfen uns, den Gesundheitszustand Ihres Kindes besser zu beurteilen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Bitte geben Sie Ihrem Kind zum Untersuchungstermin mit (im verschlossenen Umschlag):**

- dieses Formular mit Ihrer Unterschrift
- den Impfausweis (zur Beratung und pseudonymisierten Statistik)
- gegebenenfalls aktuelle schulrelevante medizinische Befunde (z.B. Schwerbehindertenausweis)

**Ihr Kind erhält nach der Untersuchung einen schriftlichen Kurzbericht im verschlossenen Umschlag - bitte lassen Sie sich diesen zeigen. Falls Sie eine andere Form der Befundübermittlung wünschen, teilen Sie uns das bitte am Ende des Formulars mit.**

Mit freundlichen Grüßen  
Ihre Schulärztin/Ihr Schularzt

## Angaben zum Kind/Jugendlichen

Name des Kindes	Vorname(n) des Kindes		
Straße / Hausnr.		Geburtsdatum	
PLZ	Ort	Schule/Klasse	

## Angaben zu Sorgeberechtigten

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

## Angaben zur Gesundheitsvorgeschichte und Schule

Name Ihres Kinderarztes oder Hausarztes.

Befindet sich Ihr Kind zusätzlich in fachärztlicher Behandlung? Wenn ja, bitte ankreuzen und Grund der Behandlung angeben.

Augenarzt	Falls ja, wann erfolgte die letzte Vorstellung?			
Orthopäde	Hautarzt	HNO-Arzt	andere Fachrichtung	

Wurden bei Ihrem Kind folgende atopische Erkrankungen festgestellt?	Nahrungsmittelallergie (z.B. Nüsse)		
Wenn ja, welche?	Asthma bronchiale	Heuschnupfen	Neurodermitis

Gibt es andere allergische Erkrankungen?	nein	ja
Wenn ja, welche?		

Erhält Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	nein	ja
Wenn ja, welche?		

Erhält Ihr Kind weitere Therapien?	nein	ja		
Wenn ja, bitte ankreuzen.	Physiotherapie	Sprachtherapie	Ergotherapie	Sonstige
Wenn ja, welche?				

Durchgemachte Krankheiten:		
Windpocken	nein	ja
Masern (mit ärztlicher Bescheinigung)	nein	ja

Wird Ihr Kind integrativ beschult?	nein	ja		
In welchem Förderschwerpunkt?	Sprache	Hören	Sehen	Lernen
körperl.-motor. Entwicklung	geistige Entwicklung	sozial-emotionale Entwicklung		

Hat Ihr Kind eine (Teil-) Sportbefreiung?	nein	ja
Wenn ja, weshalb?		

Klagt Ihr Kind zurzeit über gesundheitliche Beschwerden? Worauf sollen wir bei der Untersuchung besonders achten? Wünschen Sie eine andere Art der Befundübermittlung?

Für Rückfragen bitten wir Sie um die Angabe Ihrer Telefonnummer:

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)