

Kita-Untersuchung

Elternfragebogen zur ärztlichen Untersuchung in der Kindertageseinrichtung (Einfache Sprache)

Liebe Eltern,

wir möchten Ihnen eine ärztliche Untersuchung anbieten, bei der wir:

- die sprachlichen und motorischen Fähigkeiten Ihres Kindes testen und
- einen Sehtest und einen Hörtest durchführen.

Wenn der Hörtest auffällig ist, wird der Arzt oder die Ärztin den Gehörgang und das Trommelfell ansehen. Andere körperliche Untersuchungen nimmt der Arzt oder die Ärztin nicht vor.

Die Untersuchung soll zeigen:

- ob sich Ihr Kind gesund entwickelt oder
- ob es behandelt und besonders gefördert werden muss.

Dieses Angebot soll die Vorsorgeuntersuchungen bei Ihrem Kinderarzt oder Ihrer Kinderärztin ergänzen. Die Teilnahme ist freiwillig. Die Untersuchung findet in Ihrer Kita statt. Die Kita teilt Ihnen den Termin mit.

Die Ergebnisse der Untersuchung werden anonymisiert und dem Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen weitergegeben. Weitere Informationen zum Datenschutz und zur Untersuchung finden Sie unter:
www.dresden.de/kitauntersuchung

Wir möchten Ihnen eine bestmögliche Untersuchung und Beratung bieten. Deshalb bitten wir Sie, die Fragen im Formular zu beantworten. Auch diese Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte geben Sie dem Kind am Untersuchungstag folgende Unterlagen in einem verschlossenen Umschlag mit:

- das ausgefüllte Formular mit Unterschrift
- Impfausweis (nur zur Beratung)
- Vorsorgeheft („gelbes Heft“)
- medizinische Befunde und Unterlagen, wenn Sie welche haben (z. B. Arztbriefe, Therapieberichte)

Sie erhalten von uns einen kurzen schriftlichen Befund in einem verschlossenen Umschlag. Das Kita-Team übergibt Ihnen den Befund. Falls Sie den Befund anders erhalten möchten, teilen Sie uns das bitte am Ende des Formulars mit.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Kinder- und Jugendärztlicher Dienst



Weitere Informationen:
www.dresden.de/kitauntersuchung

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

Eingangsvermerk - Empfänger

Sitz: Dürerstraße 88, 01307 Dresden

Ärztliche Untersuchung in der Kindertageseinrichtung

(Einfache Sprache)

(mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder)

Angaben zum Kind

Name des Kindes*	Vorname des Kindes*	Geburtsdatum*	
Straße*	Hausnummer*	PLZ*	Ort*

Mehrsprachigkeit

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf? Nein Ja

Wenn ja, welche Sprache(n)?

Betreuung des Kindes

Name der Kindertageseinrichtung _____

oder wird das Kind zuhause betreut? Ja

integrative/heilpädagogische Förderung Nein Ja, seit _____

Welcher Kinderarzt/Welche Kinderärztin betreut Ihr Kind?

Krankheiten und medizinische Behandlungen

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

Augenarzt _____
Wenn ja, wann erfolgte die letzte Vorstellung? _____

Orthopäde _____

Hautarzt _____

HNO-Arzt _____

andere Fachrichtung _____

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? Nein Ja

Wenn ja, wann und warum?

Hadte Ihr Kind diese Krankheiten? Windpocken	Nein	Ja
Masern (mit ärztlicher Bescheinigung)	Nein	Ja

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?
Wenn ja, welche?

Nein Ja

Weitere Therapien und Fördermaßnahmen

Erhält Ihr Kind folgende Therapien?
Wenn ja, bitte ankreuzen und behandelnde Stelle angeben.

Physiotherapie _____

Ergotherapie _____

Sprachtherapie _____

Frühförderung _____

weitere Therapien _____

Hinweise, Fragen und Einwilligung

Hat Ihr Kind im Moment gesundheitliche Probleme? Sind Sie über etwas beunruhigt (zum Beispiel, weil ihr Kind schlecht spricht, nervös ist, schlecht schläft oder aggressiv ist)?

Nein Ja

Bitte schreiben Sie die Probleme auf:

Haben Sie weitere Fragen oder Hinweise für die Ärztin oder den Arzt?
Möchten Sie die Ergebnisse anders mitgeteilt bekommen?

Falls wir Fragen haben, möchten wir Sie gerne anrufen oder Ihnen eine E-Mail schreiben.
Bitte nennen Sie uns dafür Ihre Kontaktdaten:

Telefon _____ E-Mail _____

Wir sind einverstanden, dass bei der Untersuchung eine pädagogische Fachkraft anwesend ist. Mit ihr dürfen Ergebnisse besprochen werden, wenn sie für die Entwicklung unseres Kindes wichtig sind.

Nein Ja

Ich bin einverstanden, dass mein Kind untersucht wird und die Daten verarbeitet werden.

Ort, Datum*

Unterschrift der Sorgeberechtigten*
(Wenn nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt, dann ist auch der zweite Sorgeberechtigte einverstanden. Wenn Sie das alleinige Sorgerecht haben, dann erklären Sie das hiermit.)

Rechtsgrundlagen:

Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen in der jeweils gültigen Fassung, SächsGDG, SächsDSDG/EU-DSGVO