

Schulärztliche Untersuchung

Elternfragebogen zur Vorbereitung – Öffentliche Schulen

Sehr geehrte Eltern,

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

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

Die Untersuchungen werden einzeln unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht durchgeführt.
Bei der schulärztlichen Untersuchung handelt es sich um eine **Pflichtuntersuchung**.¹

Sie haben die Möglichkeit, diese Untersuchung auch bei Ihrem Kinder-/Hausarzt durchführen zu lassen. In diesem Fall tragen Sie die Kosten der Untersuchung.² Sollten Sie von dieser Möglichkeit Gebrauch machen, geben Sie 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.³

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

Die Untersuchungsergebnisse werden statistisch aufbereitet, ausgewertet und pseudonymisiert an das Statistische Landesamt Sachsen gegeben sowie für die kommunale Gesundheitsberichterstattung genutzt.^{4, 5}
Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter: www.dresden.de/schuluntersuchung.

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 am Untersuchungstag folgende Unterlagen
in einem verschlossenen Umschlag mit:**

- das ausgefüllte Formular mit Unterschrift
- Impfausweis (zur Beratung und pseudonymisierten Erfassung)⁶
- ggf. aktuelle schulelevante medizinische Befunde
(z. B. Schwerbehindertenausweis)



Weitere Informationen:
dresden.de/schuluntersuchung

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
Ihr Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

¹ Rechtsgrundlage: § 26a, insbesondere Absatz 3 Nummer 2, Absatz 4 des Schulgesetzes für den Freistaat Sachsen

² Rechtsgrundlage: § 26a Absatz 5 des Schulgesetzes für den Freistaat Sachsen

³ Rechtsgrundlage: § 26a Absatz 6 des Schulgesetzes für den Freistaat Sachsen

⁴ Rechtsgrundlage: § 7 Absatz 4 der Sächsischen Schulgesundheitspflegeverordnung

⁵ Rechtsgrundlage: § 3 des Sächsischen Datenschutzdurchführungsgesetzes i. V. m. Artikel 4, 6, 9 der EU-Datenschutzgrundverordnung

⁶ Rechtsgrundlage: § 3 Absatz 1 der Sächsischen Schulgesundheitspflegeverordnung, § 11 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen

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

Eingangsvermerk - Empfänger

Sitz: Dürerstraße 88, 01307 Dresden

Elternfragebogen zur Schulärztlichen Untersuchung

(mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder)

Angaben zum Kind/Jugendlichen

Name des Kindes*	Vorname des Kindes*	Geburtsdatum*
Straße*	Hausnummer*	PLZ*
		Ort*
Schule/Klasse*		

Angaben zu Sorgeberechtigten

Name, Vorname Sorgeberechtigte/r 1*	Name, Vorname Sorgeberechtigte/r 2*
-------------------------------------	-------------------------------------

Angaben zur Gesundheitsvorgeschichte und Schule

Welcher Kinder- oder Hausarzt/Welche Kinder- oder Hausärztin betreut Ihr Kind?

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	

Wurden bei Ihrem Kind folgende atopische Erkrankungen festgestellt?

Asthma bronchiale	Heuschnupfen	Neurodermitis
Nahrungsmittelallergie (z. B. Nüsse, Eier, Fisch)		

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	Nein	Ja
Wenn ja, welche?		

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

War Ihr Kind bereits an Windpocken erkrankt?	Nein	Ja
--	------	----

Wird Ihr Kind in der Regelschule integrativ beschult?	Nein	Ja
Wenn ja, in welchem Förderschwerpunkt?	Sprache	
	Hören	körperliche und motorische Entwicklung
	Sehen	geistige Entwicklung
	Lernen	emotionale und soziale 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?

Wir/Ich bestätige/n die Richtigkeit der oben stehenden Angaben.

Ort, Datum*

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