Elternfragebogen zur Schuleingangsuntersuchung[1]

Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit * gekennzeichnete Angaben sind freiwillig.

Angaben zu Kind und Sorgeberechtigten für die Gesundheitsakte

Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum des Kindes
Name(n) und Anschrift(en) der/des Personensorgeberechtigten		*Telefon/*Handy
Name und Anschrift der Schule, an welcher das Kind angemeldet wurde		
Datum, Uhrzeit der Untersuchung	Untersuchungsort	

1. **Familienanamnese:** Gibt es Gesundheitsstörungen in der Familie, von denen Sie wissen oder vermuten, dass sie Auswirkungen auf die Entwicklung oder Belastbarkeit Ihres Kindes haben könnten bzw. im Schulalltag zu berücksichtigen wären (z. B. Sehstörung, Hörstörung, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Allergie, Asthma bronchiale, Epilepsie, Depression oder andere psychische Erkrankung, Rheuma, Diabetes mellitus, Krebserkrankung, andere schwere Erkrankung) ☐Nein / ☐ Ja

   Falls ja, welche?

2. **Wurde bei Ihrem Kind eine Behinderung festgestellt?** ☐Nein / ☐Ja - Welcher Behinderungsgrad?
   Ist Ihr Kind Inhaber eines Schwerbehindertenausweises? ☐Nein / ☐Ja - Welches Merkzeichen?
   Beansprucht Ihr Kind Leistungen der Pflegeversicherung? ☐Nein / ☐Ja - Welcher Pflegegrad?

3. **Nutzt Ihr Kind Hilfsmittel?** ☐Nein / ☐Ja

   Falls ja, welche? ☐ Brille/ ☐ Hörgerät/ ☐ Orthese/ ☐ Rollstuhl / ☐ Gehhilfe/ ☐ Schuheinlagen

4. **Gab es Besonderheiten bei der Schwangerschaft?** ☐Nein / ☐Ja

   Falls ja, welche?

   Gab es Besonderheiten bei der Geburt? ☐Nein / ☐Ja

   Falls ja, welche? ☐ Frühgeburt / ☐ Mehrlingsgeburt / ☐ Entbindung per Zange oder Saugglocke/
   ☐ Neonatologische Betreuung des Kindes nach der Geburt

[1] Rechtsgrundlagen für die Schuleingangsuntersuchung:
§§ 55/57 Thüringer Schulgesetz (ThürSchulG) vom 30.04.2003 (in der aktuellen Fassung) i. V. m. §§ 1-4 Thüringer Schulgesundheitspflegeverordnung (ThürSchulgespflVO) vom 26.09.2002 (in der aktuellen Fassung), §§ 119/120 Thüringer Schulordnung (ThürSchulO) vom 20.01.1994 (in der aktuellen Fassung).

5. Wie verlief die Entwicklung Ihres Kindes?

Freies Laufen ab (Lebensmonat)

Erste Worte sprechen (außer Mama, Papa) ab (Lebensmonat)

☐ Besonderheiten der Entwicklung, welche?

6. Welche Behandlungen oder Unterstützungen hat Ihr Kind jemals erhalten?

☐ Logopädie
☐ Ergotherapie
☐ Physiotherapie/Krankengymnastik
☐ Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
☐ Frühe Hilfen
☐ Integrationskind im Kindergarten
☐ Einzelintegration (1:1 Betreuung)
☐ Sprachförderung im Kindergarten
☐ Frühförderstelle
☐ Familienberatungsstelle
☐ Psychologische Behandlung/Psychotherapie
☐ Jugendamt / Familienhilfe

7. Welche der folgenden Krankheiten wurden bei Ihrem Kind jemals ärztlich diagnostiziert?

☐ Mittelohrentzündung (gehäuft)
☐ Hals-/Mandelentzündung (gehäuft)
☐ Lungenentzündung
☐ Epilepsie/Krampfanfall
☐ Allergie
☐ Nahrungsmittelunverträglichkeit
☐ Herzfehler/Herzerkrankung
☐ Chronische Magen-Darm-Erkrankung
☐ Diabetes mellitus
☐ Asthma bronchiale
☐ Neurodermitis
☐ Sehstörung
☐ Hörstörung
☐ Sprachauffälligkeit
☐ Bewegungsstörung
☐ orthopädisches Leiden
☐ Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS)
☐ Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS)
☐ Autismus-Spektrum-Störung (ASS)
☐ Psychische Erkrankung
☐ Tumor / Krebserkrankung
☐ Andere, welche?

8. Welche der Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

☐ Hirnentzündung/Hirnhautentzündung
☐ Keuchhusten
☐ Windpocken
☐ Mumps
☐ Masern

TLVwA 234-002-10/26

☐ Röteln
☐ Scharlach
☐ Borreliose
☐ Hepatitis B
☐ Andere, welche?

9. Zeigte Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten folgende Verhaltensauffälligkeiten?

☐ Konzentrationsstörung
☐ Einnässen
☐ Einkoten
☐ Ängstlichkeit
☐ Aggressivität
☐ Schlafstörung
☐ Motorische Unruhe, Hyperaktivität
☐ Unüberlegte riskante Handlungen

10. Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall, der ärztlich behandelt wurde? ☐ Nein / ☐ Ja

Falls ja, welche Verletzung und wann?

11. Wurde Ihr Kind jemals operiert bzw. ist eine Operation geplant? ☐ Nein / ☐ Ja

Falls ja, welche Operationen und wann?

12. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ☐ Nein / ☐ Ja

Falls ja, Namen der Medikamente:

13. Muss Ihr Kind ein Notfallset mit sich führen? ☐ Nein / ☐ Ja

Falls ja, warum?

Namen der Notfallmedikamente:

14. Welche Behandlungen oder Unterstützungen hat Ihr Kind jemals erhalten?

☐ Kinderarzt/Hausarzt
☐ Zahnarzt
☐ Kieferorthopäde
☐ Augenarzt
☐ Hals-Nasen-Ohren-Arzt
☐ Hautarzt
☐ Urologe
☐ Chirurg/Orthopäde
☐ Kinder- und Jugendpsychiater
☐ Andere, welche?

15.Welche Sprache wird mit dem Kind zu Hause gesprochen?

☐ Nur Deutsch ☐ Nur Andere, welche?

☐ Deutsch und Andere, welche?

16.*Besucht Ihr Kind einen Kindergarten oder eine Tagesmutter? ☐ Nein / ☐ Ja

Falls ja, wie lang? ☐ Unter 1 Jahr / ☐ Über 1 Jahr / ☐ Über 2 Jahre / ☐ Über 3 Jahre / ☐ Über 4 Jahre

17.*Name des behandelnden Kinder- oder Hausarztes und Praxisort:

Datum und Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten
(für die Kenntnisnahme der Informationen gemäß Art. 13 EU-DSGVO und für die Richtigkeit der obenstehenden Angaben)

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich willige/wir willigen hiermit ein, dass das Gesundheitsamt die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung mit * gekennzeichneten freiwilligen Angaben verarbeiten darf.
Vor- und Nachname sowie Geburtsdatum des Kindes:

Mir/uns ist bekannt, dass die Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit widerrufen werden kann, ohne dass meinem/unserem Kind daraus Nachteile entstehen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung von personenbezogenen Daten nicht berührt. Der Widerruf ist zu richten an:
Stelle, Kontaktdaten zur Entgegennahme des Widerrufs:

Datum und Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten

(Sofern nur ein Berechtigter unterschreibt, versichert dieser zugleich mit Vollmacht und Zustimmung des anderen sein Einverständnis zu geben. Gilt für alle auf dem Formbogen zu leistenden Sorgeberechtigten-Unterschriften.)

TLVwA 234-002-10/26