

Landkreis Spree- Neiße
Fachbereich Gesundheit
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
H.- Heine Str. 1
03149 Forst (Lausitz)/Baršć (Łużyca)

Telefon: **Fr. Steffen** 03562/986 15321
u.steffen-gesundheitsamt@lkspn.de
Fr. Hain 03562/986 15317
a.hain-gesundheitsamt@lkspn.de
Fr. Handreck 03562/986 15338
e-m.handreck-gesundheitsamt@lkspn.de

Schuleingangsuntersuchung

Liebe Eltern/Sorgeberechtigte,

Ihr Kind wird in diesem Jahr schulpflichtig.

Damit beginnt ein neuer Lebensabschnitt, der sowohl körperlich als auch geistig neue Anforderungen an Ihr Kind stellt.

Vor der Einschulung wird durch eine ärztliche Untersuchung festgestellt, ob Ihr Kind den Anforderungen der Schule gewachsen ist oder Krankheiten bzw. Entwicklungsverzögerungen einer Einschulung entgegenstehen und einer besonderen Förderung bedürfen.

Diese Aufgabe zur Durchführung der Schuleingangsuntersuchung wurde gemäß §37 des Brandenburgischen Schulgesetzes dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes übertragen.

**Die Schuleingangsuntersuchung findet am _____ um _____ Uhr
in der Schule statt.**

Um die Gesundheit und den Entwicklungsstand Ihres Kindes zuverlässig beurteilen zu können, bitten wir Sie, den anliegenden Elternfragebogen auszufüllen.

Die Angaben zur bisherigen Entwicklung des Kindes und zu eventuellen gesundheitlichen Besonderheiten in der Familie sind u. a. für die Einschätzung von gesundheitlichen Risiken durch die Ärztin/den Arzt von großer Bedeutung.

Die Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Der Impfstatus Ihres Kindes wird an diesem Tag ebenfalls überprüft.

Sollten bei Ihrem Kind Impflücken festgestellt werden, erhalten Sie eine Empfehlung für die niedergelassene Ärztin/den niedergelassenen Arzt.

Bringen Sie bitte folgende Unterlagen am Untersuchungstag mit:

- 1. den ausgefüllten Elternfragebogen*
- 2. das Impfbuch o. andere Impfdokumente*
- 3. das „gelbe“ Vorsorgeheft zu den U-Untersuchungen*
- 4. Bescheinigungen, wie z. B. Schwerbehindertenausweis, Allergiepass, Herzpass*
- 5. verschriebene Hilfsmittel wie Brille (Brillenpass), Hörgerät o. Ä.*
- 6. ggf. fachärztliche Befunde (in Kopie)*

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes

Bitte beachten:

Die Einschulungsuntersuchung ist eine Pflichtuntersuchung gemäß § 37 des Brandenburgischen Schulgesetzes.

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch den Landkreis Spree-Neiße/Wokrejs Sprjewja-Nysa, einschließlich seiner Eigenbetriebe finden Sie unter der Rubrik <https://www.lkspn.de/datenschutz.html>.

Falls Sie nicht über einen Internetzugang verfügen, senden wir Ihnen die Datenschutzhinweise gern auch auf postalischem Weg zu.

Elternfragebogen zur Untersuchung
durch die Kinder- und Jugendärzt*innen des Gesundheitsamtes
 Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.



Nachname der Kindes

Vorname der Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Name(n) und Anschrift(en) der/des Personensorgeberechtigten

Telefon/Handy

Kitauntersuchungen:

Name und Anschrift der Kindertagesstätte bzw. Tagespflege

Zusätzlich bei Schuleingangsuntersuchungen:

Name und Anschrift der Schule auf die das Kind voraussichtlich gehen wird

Schwerbehindertenausweis vorhanden?

☐ Ja ☐ Nein

Ggf. Grad der Behinderung

Ggf. Pflegegrad

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

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

Mehrfachnennungen möglich.

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ Epilepsie | ☐ Allergischer Schnupfen/
Augenentzündung | ☐ Tumor/Krebserkrankung | ☐ Schilddrüsen-
funktionsstörung |
| ☐ ADS/ADHS | ☐ Asthma bronchiale | ☐ Hüfterkrankung | ☐ Andere, und zwar |
| ☐ Sprachauffälligkeit | ☐ Allergische Hauterkrankung | ☐ Wirbelsäulenleiden | |
| ☐ Sehstörung | ☐ Neurodermitis | ☐ Bewegungsstörung | |
| ☐ Hörstörung | ☐ Nahrungsmittelallergie/-
unverträglichkeit | ☐ Diabetes mellitus | |
| ☐ Herzfehler/Herzerkrankung | | ☐ Autismus-Spektrum-Störung
(ASS) | |
| ☐ Nieren- und Harnwegs-
erkrankung | | | ☐ Keine |

2. Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

Mehrfachnennungen möglich.

- | | | | |
|--|---|--|---|
| ☐ COVID-19 | ☐ Hirn-/Hirnhautentzündung | ☐ Ringelröteln | ☐ Windpocken |
| ☐ Hand-Fuß-Mund-Krankheit | ☐ Keuchhusten | ☐ Röteln | ☐ Andere, und zwar |
| ☐ Borreliose | ☐ Masern | ☐ Rotavirus-Infektion | |
| ☐ Hepatitis B | ☐ Mumps | ☐ Scharlach | ☐ Keine |

3. Welche Erkrankungen sind in den vergangenen 12 Monaten bei Ihrem Kind aufgetreten?

Mehrfachnennungen möglich.

- | | | | |
|---|---|--|---|
| ☐ Mittelohrentzündung | ☐ Bronchitis | ☐ Fieberkrämpfe | ☐ Andere, und zwar |
| ☐ Hals-/Mandelentzündung | ☐ Lungenentzündung | ☐ Cerebraler Krampfanfall | |
| ☐ Pseudokrapp-Anfall | ☐ Magen-Darm-Infektion | ☐ Blasen- und
Harnwegsentzündung | ☐ Keine |

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

Mehrfachnennungen möglich.

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Konzentrationsstörung | ☐ Ängstlichkeit | ☐ Motorische Unruhe/Hyperaktivität |
| ☐ Bettnässen | ☐ Aggressivität | ☐ Unüberlegte/riskante Handlungen |
| ☐ Einkoten | ☐ Schlafstörung | ☐ Keine |

5. Bei welchen Ärztinnen oder Ärzten haben Sie Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten vorgestellt?

Mehrfachnennungen möglich.

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ Kinderarzt/Hausarzt | ☐ Augenarzt | ☐ Urologe | ☐ Andere, und zwar |
| ☐ Zahnarzt | ☐ Hals-Nasen-Ohren-Arzt | ☐ Chirurg/Orthopäde | |
| ☐ Kieferorthopäde | ☐ Hautarzt | ☐ Kinder- und
Jugendpsychiater | ☐ Bei keinen |

6. Welche Behandlungen oder Unterstützungen hat Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten erhalten?

Mehrfachnennungen möglich.

- ☐ Logopädie ☐ Integrationskita ☐ Psychologische Behandlung/Psychotherapie ☐ Anderes, und zwar _____
☐ Ergotherapie ☐ Einzelintegration
☐ Physiotherapie/ Krankengymnastik ☐ Sprachförderung in der Kita ☐ Psychiatrische Institutionsambulanz (PIA)
☐ Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ): Name/Ort: _____ ☐ Frühförder- u. Beratungsstelle

☐ Keine

7. Welche Hilfsmittel nutzt Ihr Kind?

Mehrfachnennungen möglich.

- ☐ Sehhilfe (z. B. Brille) ☐ Orthese ☐ Anderes, und zwar _____
☐ Hörhilfe ☐ Zahnersatz (Prothese, Platzhalter)

☐ Keine

8. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

- ☐ Ja Namen der Medikamente: _____ ☐ Nein

9. Muss Ihr Kind Notfallarzneimittel mit sich führen? Wenn ja, welche?

- ☐ Ja Namen der Medikamente: _____ ☐ Nein

10. Wurde Ihr Kind jemals ambulant oder in einem Krankenhaus operiert?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Operationen wurden durchgeführt? Mehrfachnennungen möglich.

- ☐ Paukenröhrchen ☐ Nabelbruch ☐ Blutschwamm ☐ Andere, und zwar _____
☐ Polypenentfernung ☐ Phimose/Vorhautverengung ☐ Hodenhochstand
☐ Gaumenmandel-entfernung/-verkleinerung ☐ Leistenbruch

11. Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall, der ärztlich behandelt wurde?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Verletzung hat sich das Kind bei dem Unfall zugezogen und wo ist der Unfall passiert?

Bitte kreuzen Sie in der Tabelle die Verletzung und den Unfallort an. Mehrfachnennungen möglich.

	Zu Hause	In der Kita	In der Freizeit	Im Straßenverkehr	Anderer Ort
Prellung	☐	☐	☐	☐	☐
Verstauchung/Verrenkung/Ausrenkung	☐	☐	☐	☐	☐
Knochenbruch	☐	☐	☐	☐	☐
Offene Wunde	☐	☐	☐	☐	☐
Gehirnerschütterung	☐	☐	☐	☐	☐
Verbrühung/Verbrennung/Verätzung	☐	☐	☐	☐	☐
Vergiftung	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Verletzung, und zwar:	☐	☐	☐	☐	☐

Die folgenden Fragen dienen ausschließlich der Gesundheitsberichterstattung der Kommunen und des Landes Brandenburg. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Sie können auch einzelne Fragen unbeantwortet lassen. Ihnen und Ihrem Kind entstehen daraus keine Nachteile. Die Datenübermittlung und -auswertung erfolgt anonymisiert.

12. Sind bzw. waren Sie und Ihr Kind im Netzwerk Gesunde Kinder?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, seit wann bzw. wie lange?

- ☐ Unter 1 Jahr ☐ Über 1 Jahr ☐ Über 2 Jahre ☐ Über 3 Jahre

13. Wie lange sieht Ihr Kind durchschnittlich pro Tag Fernsehen, Videos, Streamingdienste oder spielt mit der Spielekonsole, dem Smartphone oder anderen elektronischen Geräten?

Bitte unterscheiden Sie dabei zwischen „Montag bis Freitag“ und am „Wochenende“.

	Gar nicht	Weniger als 30 Minuten	30 Minuten bis 1 Stunde	1 bis 2 Stunden	2 bis 3 Stunden	3 Stunden oder mehr
Montag bis Freitag	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wochenende	☐	☐	☐	☐	☐	☐

14. Wie viele Stunden pro Woche...

	Im Sommer	Im Winter
...spielt Ihr Kind im Freien?	— — —	— — —
...treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?	— — —	— — —
...treibt Ihr Kind Sport außerhalb eines Vereins?	— — —	— — —
...fährt Ihr Kind Laufrad, Roller oder Fahrrad?	— — —	— — —
...geht Ihr Kind zu Fuß, z. B. zur Kita, zum Sport?	— — —	— — —

15. Wie lange wurde Ihr Kind ausschließlich gestillt?

- ☐ Nie gestillt ☐ Unter 2 Monate ☐ 2 bis unter 4 Monate ☐ 4 bis unter 6 Monate ☐ Länger als 6 Monate

16. Wie lange besucht/e Ihr Kind bisher insgesamt eine Tagespflege und/oder Kindertagesstätte?

- ☐ Gar nicht ☐ Unter 1 Jahr ☐ Über 1 Jahr ☐ Über 2 Jahre ☐ Über 3 Jahre ☐ Über 4 Jahre

17. Wie viele Kinder und Erwachsene leben insgesamt in Ihrem Haushalt?

Anzahl Kinder:

Anzahl Erwachsene:

18. Bei wem lebt Ihr Kind hauptsächlich? Bitte nur ein Feld ankreuzen.

- ☐ Bei den leiblichen Eltern ☐ Im Heim
- Bei der Mutter... Bei dem Vater ☐ Bei Pflegeeltern/Adoptiveltern
- ☐ ... mit Partner*in ☐ ... mit Partner*in ☐ Bei anderen Familienmitgliedern/Verwandten
- ☐ ...alleinerziehend ☐ ...alleinerziehend ☐ Bei anderen Personen und zwar:
- ☐ Im Wechselmodell

19. In welchem Land wurden Sie, Ihr/e Partner/in und Ihr Kind geboren?

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, die/der nicht die/der leibliche Mutter/Vater des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

Geburtsland

- ...des Kindes: ☐ Deutschland ☐ anderes Land und zwar:
- ...der Mutter: ☐ Deutschland ☐ anderes Land und zwar:
- ...des Vaters: ☐ Deutschland ☐ anderes Land und zwar:

20. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie, Ihr/e Partner/in und Ihr Kind?

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, die/der nicht die/der leibliche Mutter/Vater des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein. Mehrfachnennungen möglich.

- ...des Kindes: ☐ Deutsch ☐ andere und zwar:
- ...der Mutter: ☐ Deutsch ☐ andere und zwar:
- ...des Vaters: ☐ Deutsch ☐ andere und zwar:

21. Welche Sprache oder Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? Mehrfachnennungen möglich.

- ☐ Deutsch ☐ andere und zwar:

22. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie und Ihr/e Partner/in?

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, die/der nicht die/der leibliche Mutter/Vater des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

	Mutter	Vater
Kein Abschluss	☐	☐
Förderschulabschluss	☐	☐
Hauptschulabschluss, Berufsbildungsreife	☐	☐
Erweiterte Berufsbildungsreife (EBR), Fachoberschulreife (FOR)	☐	☐
Realschulabschluss, MSA, 10. Klasse-Abschluss, mittlere Reife	☐	☐
Abitur, Fachhochschulreife, Fachabitur	☐	☐

23. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung? Wenn ja, welche? Bitte nennen Sie den höchsten Abschluss für beide Elternteile.

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, die/der nicht die/der leibliche Mutter/Vater des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

	Mutter	Vater
Ohne Berufsausbildung	☐	☐
In Ausbildung/Studium	☐	☐
Abgeschlossene Berufsausbildung/Fachschulabschluss	☐	☐
(Fach-) Hochschulabschluss	☐	☐

24. Inwieweit sind Sie und Ihr/e Partner/in erwerbstätig?

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, die/der nicht die/der leibliche Mutter/Vater des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

Unter "nicht erwerbstätig" werden Personen verstanden, die weniger als eine Stunde pro Woche erwerbstätig sind.

	Mutter	Vater
Vollzeitbeschäftigt	☐	☐
Teilzeitbeschäftigt	☐	☐
Nicht erwerbstätig	☐	☐

25. Möchten Sie uns noch etwas zur Entwicklung Ihres Kindes mitteilen?

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten