

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 (§ 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 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. 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)
- ggf. 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
Ihr Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Weitere Informationen: www.dresden.de/schuluntersuchung

¹ Schulgesetz für den Freistaat Sachsen und Schulgesundheitspflegeverordnung in der jeweils gültigen Fassung.
Sächs. DSDG/EU-DSGVO, Gesetz 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 der/des Sorgeberechtigten*	Vorname der/des Sorgeberechtigten*
---------------------------------	------------------------------------

Angaben zur Gesundheitsvorgeschichte und Schule

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

Beendet 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)

Gibt es andere allergische Erkrankungen? Nein Ja
Wenn ja, welche?

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

Erhält Ihr Kind weitere Therapien? Wenn ja, bitte ankreuzen.	Nein	Ja
<input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Sprachtherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Sonstige		

Durchgemachte Krankheiten: Windpocken	Nein	Ja
Masern (mit ärztlicher Bescheinigung)	Nein	Ja

Wird Ihr Kind integrativ beschult? Wenn ja, in welchem Förderschwerpunkt?	Nein	Ja
<input type="checkbox"/> Sprache <input type="checkbox"/> Hören körperliche und motorische Entwicklung <input type="checkbox"/> Sehen geistige Entwicklung <input type="checkbox"/> Lernen emotionale und soziale Entwicklung		

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

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 Angabe Ihrer Kontaktdaten:

Telefon	E-Mail
---------	--------

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)
-------------	---