

⇒ Einladung zur Schuleingangsuntersuchung**für:****Wann:****Wo:**

Sehr geehrte Eltern und Erziehungsberechtigte!

Bitte bringen Sie zum Untersuchungstermin mit:

- **das IMPFBUCH**
- **das Vorsorgeheft**
- **den ausgefüllten Fragebogen (Rückseite)**
- **weitere ärztliche Berichte (falls vorhanden)**



Die Vorlage des Impfbuches oder anderer Impfdokumente ist aufgrund des Infektionsschutzgesetzes, des Präventionsgesetzes und des Masernschutzgesetzes sehr wichtig!

Weitere allgemeine Informationen zur Schuleingangsuntersuchung und auch zur Datenschutz-Grundverordnung (Art. 13 DS-GVO) finden Sie auf unserer Internetseite:

<https://www.lahn-dill-kreis.de/buergerservice/gesundheitsamt/kinder-jugendliche/>.

⇒ Bei der Einschulungsuntersuchung ist die Anwesenheit eines Elternteils notwendig.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag**Bitte Rückseite ausfüllen!**Ihr Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
(Dieses Schreiben wurde maschinell ohne Unterschrift erstellt)**Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises**Karl-Kellner-Ring 51
35576 Wetzlar
Tel.: 06441 407-0
Fax: 06441 407-1051
info@lahn-dill-kreis.de
www.lahn-dill-kreis.de**Sparkasse Wetzlar**IBAN: DE04 5155 0035 0000 0000 59
BIC: HELADEF1WET**Sparkasse Dillenburg**IBAN: DE43 5165 0045 0000 0000 83
BIC: HELADEF1DIL**Postbank Frankfurt**IBAN: DE65 5001 0060 0003 0516 01
BIC: PBNKDEFF

Angaben für die schulärztliche Untersuchung

	Kind	Mutter	Vater
Name			
Vorname			
Geb.- Datum			
Staatsangehörigkeit bei Geburt			
Geb.- Land			
Straße, Tel.- Nr.			
Wohnort			
Kinderarzt			
	Familienstand der Eltern		

Kindergartenbesuch weniger als 18 Monate 18 Monate – 3 Jahre länger als 3 Jahre Nein

Kinder-Sprachscreening KiSS - Teilnahme im Kindergarten erfolgt: Ja Nein

Geschwister Anzahl: _____ Geburtsjahr: _____, _____, _____, _____, _____

Schwangerschaft, Geburt und Entwicklung

Geburtsgewicht: _____ g Schwangerschafts-Dauer: _____ Wochen

Besonderheiten während der Schwangerschaft und Geburt? _____

Sitzen mit _____ Monaten Laufen mit _____ Monaten kleine Sätze sprechen mit _____ Monaten

Kinderkrankheiten/Andere Erkrankungen

- | | | | | |
|--------------------------------------|--|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung | <input type="checkbox"/> Borreliose | <input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> andere _____ | |

Gesundheits- und Entwicklungsprobleme

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Krupphusten |
| <input type="checkbox"/> allergischer Schnupfen | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Allergie |
| <input type="checkbox"/> oft Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> oft Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit | <input type="checkbox"/> oft Mittelohrentzündungen | <input type="checkbox"/> Atmung mit offenem Mund |
- In ärztlicher Behandlung wegen: _____
- Regelmäßige Medikamenteneinnahme: _____
- Krankenhausaufenthalte/Operationen/Unfälle: _____
- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sehstörung | <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Schielbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Hörstörung | <input type="checkbox"/> Sprachstörung | <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit <input type="checkbox"/> Bewegungsunruhe |
| <input type="checkbox"/> Einnässen | <input type="checkbox"/> Ungeschicklichkeit | <input type="checkbox"/> Wahrnehmungsstörung <input type="checkbox"/> verzögerte Entwicklung |

Wesentliche Krankheiten in der Familie (Eltern, Geschwister)? _____

Förderung bisher

- | | | | |
|--|-----------------|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Frühförderung | von – bis _____ | <input type="checkbox"/> Frühförderstelle | _____ |
| <input type="checkbox"/> Integrationsplatz | von – bis _____ | <input type="checkbox"/> Ergotherapie | von – bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Sprachtherapie | von – bis _____ | <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | von – bis _____ |

Fördergrund / Sonstiges: _____