

Der Oberbürgermeister

Gesundheitsamt

53 Stadt Duisburg, 47049 Duisburg



An die Eltern bzw. Sorgeberechtigten von

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
Ruhrorter Str. 195
1.Etage Medical Center
(neben Tausendfensterhaus)
47119 Duisburg
☎ (0203) 283 61-
Fax (0203) 283 6156
Email

Datum des Poststempels

Sehr geehrte Eltern,

Ihr Kind wird **2017** eingeschult und damit körperlich und geistig vor neue Aufgaben gestellt!

Vor der Einschulung muss Ihr Kind laut Schulgesetz NRW (§§ 35 und 54) von einem Schularzt untersucht werden. Es gilt festzustellen, ob Ihr Kind altersentsprechend entwickelt ist oder ob schulrelevante Beeinträchtigungen vorliegen, die der zusätzlichen Hilfe eines Arztes oder der Lehrer bedürfen.

Um dem Arzt die Untersuchung und die anschließende Beurteilung zu erleichtern, **füllen Sie bitte den Bogen auf der Rückseite schon zu Hause aus und legen ihn der Arzthelferin vor der Untersuchung vor.** Ihre Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Der Fragebogen wird Ihnen nach der Untersuchung wieder zurückgegeben.

Die für die Schule wichtigen Untersuchungsergebnisse werden im Schulgutachten festgehalten und der Schule mitgeteilt, damit eventuelle Vorbelastungen und Bedürfnisse Ihres Kindes im Schulalltag berücksichtigt werden können. Selbstverständlich erhalten Sie eine Kopie dieses Schreibens.

Sollte Ihr Kind z.B. Frühförderung bekommen oder einen inklusiven Kindergartenplatz haben oder bereits beim Institut für Jugendhilfe bekannt sein, melden Sie sich bitte vor dem genannten Termin telefonisch bei uns.

Zur Untersuchung sind folgende **Unterlagen** unbedingt erforderlich:

1. **gelbes Vorsorgeheft**
2. **Impfausweis**
3. **Arztbriefe /Therapieberichte (z. B. SPZ, Frühförderung, Logopädie, Ergotherapie)**

Der Impfausweis muss entsprechend Infektionsschutzgesetz vom 1.1.2001 (IfSG § 34 Abs.10 u.11) vorgelegt werden.

Bei fehlendem Impfausweis kann die Schulbescheinigung nicht ausgestellt werden!

Mit freundlichen Grüßen

Gesundheitsamt Duisburg
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

**Die Einschulungsuntersuchung findet am _ um _ in Zimmer:
(1.Etage) statt. Melden Sie sich bitte dort an.**

Telefonische Terminänderungen bitte möglichst zwischen 8 und 11 Uhr

Bei der Untersuchung muss ein Sorgeberechtigter des Kindes anwesend sein.

Bei Sprachproblemen bitte zusätzlich eine gut deutsch sprechende Person mitbringen.

Angaben für den Schularzt / Bitte ausgefüllt zur Untersuchung mitbringen / Vertraulich

90854	Kind		Eltern / Sorgeberechtigte	
Name		Name		
Vorname		Vorname		
Geburtsdatum		Telefon		
Geburtsort		Arzt des Kindes		
Staatsangehörigkeit				
Welche Schule soll das Kind besuchen?				
Welchen Kindergarten besucht das Kind?		Seit.....Jahren und.....Monaten		
Mit wie vielen Kindern lebt Ihr Kind zusammen (auch Halbgeschwister)?				
Gab es in der Entwicklung des Kindes Auffälligkeiten (z.B. bezüglich der Sprache, Bewegung)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Nässt Ihr Kind ein? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> nachts				
Krankenhausaufenthalte, Operationen, Unfälle? Wann und warum? 				
Durchgemachte Erkrankungen des Kindes:				
<input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung <input type="checkbox"/> Ringelröteln				
<input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung <input type="checkbox"/> Mandelentzündung <input type="checkbox"/> Bronchitiden <input type="checkbox"/> Asthma				
<input type="checkbox"/> Pseudokrupp <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten <input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Heuschnupfen				
<input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten <input type="checkbox"/> Harnwegserkrankungen <input type="checkbox"/> Anfallsleiden <input type="checkbox"/> Diabetes				
Allergien: <input type="checkbox"/> Tierhaare <input type="checkbox"/> Hausstaubmilben <input type="checkbox"/> Schimmelpilze <input type="checkbox"/> Bienen-/Wespengift <input type="checkbox"/> Kontaktallergie <input type="checkbox"/> Pollen				
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten:				
Ist Ihr Kind, <input type="checkbox"/> Rechtshänder <input type="checkbox"/> Linkshänder <input type="checkbox"/> noch nicht festgelegt				
Ist Ihr Kind in einem Sportverein? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche Sportart?				
Zurzeit in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum?				
Vorstellung im SPZ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann? Warum?				
Vorstellung Institut für Jugendhilfe <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann? Warum?				
Logopädie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit wann? <input type="checkbox"/> Abgeschlossen Sprachförderung im Kindergarten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Ergotherapie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit wann? <input type="checkbox"/> Abgeschlossen Krankengymnastik <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit wann? <input type="checkbox"/> Abgeschlossen Frühförderung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit wann? <input type="checkbox"/> Abgeschlossen				
Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein?				
Sonstiges				