

**Landkreis Zwickau**  
**Gesundheitsamt**  
**- Kinder- und Jugendärztlicher Dienst -**  
**Werdauer Straße 62 08056 Zwickau**  
**Verwaltungszentrum Haus 4 2. Etage**

Datum
Telefon
0375 4402-22467,- 22455

Empfänger

## Einladung zur Schulaufnahmeuntersuchung

Sehr geehrte Eltern,

bald ist es soweit – Ihr Kind kommt in die Schule.

In Vorbereitung auf diesen neuen Abschnitt stehen Ihnen die Kinder- und Jugendärzte des Gesundheitsamtes gern beratend zur Seite.

Die Schulaufnahmeuntersuchung hat das Ziel, gesundheitliche Besonderheiten, die für den Schulbesuch von Bedeutung sein können, zu erkennen und gegebenenfalls notwendige Behandlungen und Fördermaßnahmen zu empfehlen. Dazu untersuchen wir Ihr Kind körperlich (einschließlich Seh- und Hörtest) und beurteilen orientierend dessen Entwicklungsstand. Außerdem besprechen wir die Gesundheitsvorgeschichte und führen eine Impfberatung durch.<sup>1, 2</sup>

Die Schulaufnahmeuntersuchung erfasst alle Kinder eines Jahrgangs und gibt damit Aufschluss über deren Gesundheitszustand. Zur statistischen Auswertung der Untersuchungsergebnisse erfolgt eine pseudonymisierte Datenerfassung und -weitergabe an das Statistische Landesamt Sachsen.<sup>3, 4</sup>

Die bei der Erhebung des Impfstatus gewonnenen Daten werden in aggregierter und anonymisierter Form über die oberste Landesbehörde dem Robert-Koch-Institut übermittelt.<sup>5</sup> Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter: [https://www.landkreis-zwickau.de/dsgvo\\_gesundheitsamt](https://www.landkreis-zwickau.de/dsgvo_gesundheitsamt)

**Gemäß den gesetzlichen Grundlagen ist die Schulaufnahmeuntersuchung eine Pflichtuntersuchung für alle Kinder. Die Anwesenheit eines Sorgeberechtigten ist dabei erforderlich.**<sup>1, 6</sup>

**Selbstverständlich unterliegen alle Befunde und Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.**

Wir laden Sie und Ihr Kind zur Schulaufnahmeuntersuchung ein:

am	um	Ort <b>LRA Zwickau, Gesundheitsamt, Werdauer Str. 62</b> <b>(Einfahrt über Kopernikusstr.)</b> <b>Haus 4, Eingang C, Zimmer 240b</b>
----	----	---

Falls Sie den Termin nicht wahrnehmen können, vereinbaren Sie bitte telefonisch einen neuen Termin.

**Bitte bringen Sie mit:**

- **diesen Bogen zur Gesundheitsvorgeschichte mit Unterschrift**
- **den Impfausweis** (nur zur Beratung<sup>2</sup> und Erhebung des Impfstatus gemäß Gesetz<sup>5</sup>)
- **gelbes Vorsorgeheft**
- **gegebenenfalls medizinische Befunde/Unterlagen**  
(zum Beispiel Schwerbehindertenausweis, Pflegegradbescheinigung – so vorhanden)

Mit freundlichen Grüßen

Frau DM R. Neidel  
Ärztin im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst

**Bitte wenden!**

<sup>1</sup> § 26a, insbesondere Absatz 2, Absatz 3 Nr. 1, Absatz 4 des Schulgesetzes für den Freistaat Sachsen

<sup>2</sup> § 3 Absatz 1 der Sächsischen Schulgesundheitspflegeverordnung

<sup>3</sup> § 7 Absatz 4 der Sächsischen Schulgesundheitspflegeverordnung

<sup>4</sup> § 3 des Sächsischen Datenschutzdurchführungsgesetzes i. V. m. Artikel 4, 6, 9 der EU-Datenschutzgrundverordnung

<sup>5</sup> § 34 Absatz 11 des Infektionsschutzgesetzes

<sup>6</sup> § 4 Absatz 3 der Sächsischen Schulgesundheitspflegeverordnung

**Zur Vorbereitung auf die Schulaufnahmeuntersuchung bitten wir Sie, diese Seite auszufüllen.**

Name, Vorname(n)		Geburtsdatum	
Anschrift			
Name der/des Sorgeberechtigten		Telefon der/des Sorgeberechtigten	
Kindertageseinrichtung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Name/Adresse der Kindertageseinrichtung	

**Angaben zur Gesundheitsvorgeschichte**

**Schwangerschaft und Geburtsverlauf**

Besonderheiten (zum Beispiel Frühgeburt)	Geburtsgewicht	g
	Geburtslänge	cm

**Entwicklung**

Freies Laufen	<input type="checkbox"/> bis 18 Monate	<input type="checkbox"/> später
Erste Worte	<input type="checkbox"/> bis 18 Monate	<input type="checkbox"/> später
Sprachauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Einnässen tagsüber	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Händigkeit	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> wechselnd

**Krankheiten**

Sehstörungen
Hörstörungen/Ohrenerkrankungen
Atopische/allergische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale <input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie (zum Beispiel Nüsse, Eier, Fisch)
Hauterkrankungen
Orthopädische Erkrankungen (zum Beispiel Hüftleiden)
Anfallsleiden
Sonstige Erkrankungen (zum Beispiel Diabetes)
Durchgemachte Erkrankungen <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Masern (mit ärztlicher Bescheinigung)

**Behandlungen und Fördermaßnahmen**

Regelmäßige Medikamenteneinnahme
Operationen
Krankenhausaufenthalte
Heil- und Fördermaßnahmen (zum Beispiel Physio-, Ergo-, Sprachtherapie, Frühförderung, Kita-Integration, heilpädagogische Einrichtung)

**Machen Sie sich über Entwicklungsbesonderheiten oder Verhaltensauffälligkeiten Ihres Kindes Sorgen?**

Kinderarzt/Hausarzt	
<b>Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Untersuchung ein.</b> (Falls nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt, wird auch das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt oder das alleinige Sorgerecht des Unterzeichnenden erklärt)	
Datum	Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten