

Einladung zur Schuleingangsuntersuchung und -beratung

Gesundheitsamt Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Neumarkt 15-21, 50667 Köln

Telefon: 0221/221-24786, Telefax 0221/221-24036
E-Mail: kinderundjugendgesundheit@stadt-koeln.de
Internet: www.stadt-koeln.de

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes

Hier finden Sie Übersetzungen in weiteren
Sprachen:



Wo: Im Gesundheitsamt, Zimmer

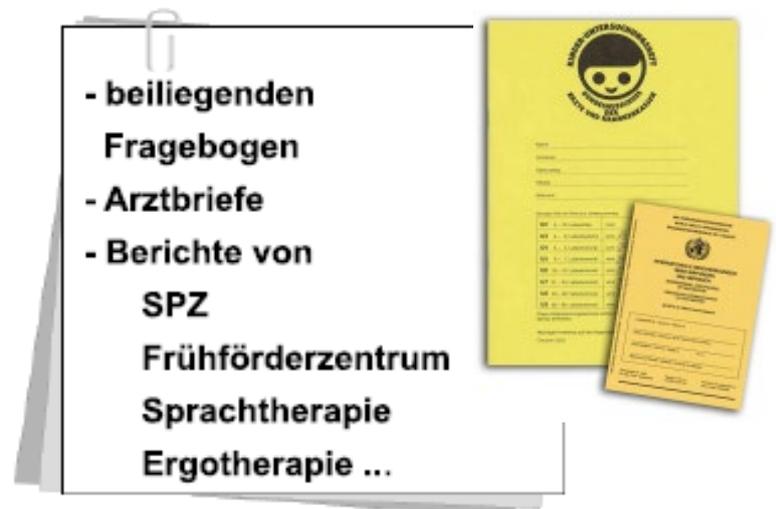
In der Schule

Bitte mitbringen!

(Schulstempel)

Wann: _____
Wochentag

Datum Uhrzeit



Liebe Eltern,

ein neuer Lebensabschnitt beginnt - Ihr Kind kommt in die Schule. Durch die Schuleingangsuntersuchung und -beratung, die von Ihrem schulärztlichen Team des Gesundheitsamtes durchgeführt wird, möchten wir Ihnen und Ihrem Kind helfen, sich im Schulalltag besser zurechtzufinden.

Diese schulärztliche Untersuchung und Beratung unterscheidet sich von den Ihnen bekannten Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt. So ist diese Untersuchung keine allgemeine Früherkennungsuntersuchung, sondern sie hat als Ziel, für Ihr Kind den Übergang in die Schule so gut wie möglich zu gestalten. Von daher werden besonders auf die für den Schulalltag wichtigen Aspekte, wie z. B. die Hör- und Sehfähigkeit, grob- und feinmotorische Fähigkeiten, die Sprachentwicklung, die Konzentration, die Wahrnehmung sowie die allgemeine altersgerechte Entwicklung geachtet.

Die schulärztliche Empfehlung, die besonders gesundheitliche Aspekte berücksichtigt, wird sowohl Ihnen als auch der Schulleitung mitgeteilt. **Die Entscheidung über die Aufnahme Ihres Kindes trifft die Schulleitung.**

Durch die Vergabe von Untersuchungsterminen versuchen wir, die Wartezeiten für Sie so kurz wie möglich werden zu lassen. Bitte planen Sie jedoch mindestens 60 Minuten für diese wichtige Untersuchung ein. Wenn Sie wegen gesundheitlicher Probleme Ihres Kindes Sorgen vor der Einschulung haben, sprechen Sie diese bitte an. Gibt es Fragen, die nicht im Beisein des Kindes besprochen werden sollen, teilen Sie uns dies bitte vor der Untersuchung mit. Bei besonderen Fragen bieten wir Ihnen gerne einen zusätzlichen Beratungstermin an.

Um einen Überblick über den Gesundheitszustand aller Einschulungskinder zu erhalten, werden die erhobenen Befunde und die vorgeschlagenen Maßnahmen ohne Angaben der Personalien zentral und anonym ausgewertet. Wir bitten Sie deshalb, den nachfolgenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Um die Vielfalt der Familienkonstellationen besser abbilden zu können, haben wir im Fragebogen statt „Vater“, „Mutter“ die neutralen Formulierungen „Elternteil 1“, „Elternteil 2“, kurz ET, mit dem zusätzlichen Hinweis männlich, weiblich, divers festgelegt. Wir bitten Sie, dies entsprechend Ihrer familiären Situation auszuwählen und durchgängig zu verwenden.

Ihre Angaben hierzu sind freiwillig, vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte bringen Sie den **ausgefüllten Fragebogen**, das **gelbe Untersuchungsheft**, den **Impfausweis**, soweit vorhanden auch **Arztberichte** sowie Befunde von **SPZ, Frühförderzentrum, Sprachtherapie, Ergotherapie** usw. mit.

Wir bitten Sie ebenfalls, den Impfstatus Ihres Kindes beim Kinderarzt überprüfen und ggf. vervollständigen zu lassen.

Geschwisterkinder können in der Untersuchung für Unruhe und Ablenkung sorgen. Wir bitten Sie daher, soweit es Ihnen möglich ist, keine Geschwisterkinder ohne geeignete Betreuungsperson mitzubringen.

Für Ihre Mühen bedanken wir uns im Voraus. Wir wünschen Ihnen und Ihrem Kind viel Freude und Erfolg in diesem neuen Lebensabschnitt.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Ihr Schulärztliches Team des Gesundheitsamtes Köln

Zur Information für gehbehinderte Kinder oder Eltern:

Sollten Sie als begleitender Elternteil oder das Kind einen barrierefreien Zugang zu den Untersuchungsräumen benötigen, so bitte ich Sie, sich mit mir (per Telefon, Email oder Fax) in Verbindung zu setzen, damit rechtzeitig die Untersuchung in einem geeigneten Raum geplant werden kann.

Zur Information für gehörlose Kinder oder Eltern:

Sollten Sie als begleitender Elternteil oder das Kind einen Gebärdendolmetscher benötigen, so bitte ich Sie, sich mit mir (per Telefon, Email oder Fax) in Verbindung zu setzen, damit rechtzeitig die Untersuchung unter Beteiligung eines Gebärdendolmetschers geplant werden kann.



Alle Angaben sind freiwillig und werden vertraulich behandelt.

Anamnesebogen für Untersuchungen durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst

01 Seit wann lebt die Familie in Deutschland?

01.1 - **Kind:** seit Geburt seit dem Jahr ____

01.2 - **ET 1: männlich** **weiblich** **divers** seit Geburt seit dem Jahr ____

01.3 - **ET 2: männlich** **weiblich** **divers** seit Geburt seit dem Jahr ____

02 Welche Sprache wurde in den ersten drei Lebensjahren mit dem Kind Zuhause überwiegend gesprochen (Muttersprache)?

Deutsch andere Sprache Welche? _____

03 Welche Sprachen werden in der Familie außerdem noch gesprochen?

04 Seit wann besucht Ihr Kind einen Kindergarten? ____ . ____ . 201 _ gar nicht
(Tag | Monat | Jahr)

Straße und Hausnummer der KiTa: _____

05 Konnte Ihr Kind mit 18 Monaten frei laufen? ja nein

06 Konnte Ihr Kind mit 2 Jahren bereits 50 Wörter sprechen? ja nein

07 Ist Ihr Kind tagsüber schon trocken? ja nein

08 Ist Ihr Kind nachts schon trocken? ja nein

09 Gibt es Besonderheiten in der Entwicklung Ihres Kindes?

09.1 - **Schlafstörungen** ja nein

09.2 - **Unfälle** (nur häufige oder schwere Unfälle) ja nein

09.3 - **Chronische Erkrankungen** (z. B. Allergie, Asthma, Epilepsie, Diabetes) ja nein

Wenn ja, welche? _____

09.4 - **Braucht Ihr Kind Medikamente?** ja nein

Wenn ja, welche? _____

10 Wie ist Ihre persönliche Einschätzung? Mein Kind

10.1 - **kann sich ausreichend lange konzentrieren.** ja nein

10.2 - **kann altersgemäß erzählen.** ja nein

10.3 - **kann altersgemäß malen.** ja nein

10.4 - **kommt gut mit anderen Kindern zurecht.** ja nein

10.5 - **ist unruhiger/zappeliger als normal für sein Alter.** ja nein

10.6 - **ist ängstlicher als normal für sein Alter.** ja nein

- 11 **Ist Ihr Kind**
 zu dünn? normalgewichtig? zu dick?
- 12 **Mein Kind besucht regelmäßig einen Sportverein/Schwimmverein.** ja nein
- 13 **Mein Kind**
- 13.1 - hat **folgende** Geräte im Kinderzimmer:
 keines Fernseher PC Spielekonsole (Playstation/X-Box/Wii)
- 13.2 - schaut **im Durchschnitt pro Tag** Fernsehen oder spielt Computer bzw. mit Handy/Tablet/Spielekonsole (Bitte auch das Wochenende mit berücksichtigen)
 insgesamt _____ Minuten pro Tag.
- 14 **Bisherige Fördermaßnahmen für Ihr Kind**
 (Diagnostik/Beratung/Therapie): ja nein
- 14.1 - Falls ja, bitte ankreuzen welche:
- Sprachförderung im Kindergarten Frühförderzentrum SPZ
 Ergotherapie Sprachtherapie Krankengymnastik/Bewegungstherapie
 Psychologische Beratung/Therapie Familienberatung
 andere Welche? _____
- 15 **Mit im Haushalt lebende Geschwister:** (nur Geburtsjahr) keine
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____
- 16 **Besonderheiten zum Sorgerecht** (z.B. Kontaktverbot eines Elternteils, Informationsverweigerung, etc.)

- 16.1 **Unsere Familie wird betreut von einem**
 Vormund Familienhelfer wird nicht betreut
- 17 **Der Fragebogen wurde ausgefüllt durch:** (Bitte nur ein Kreuz machen)
- Eltern gemeinsam ET 1 ET 2 Großeltern
 andere Verwandte Pflege-/Adoptiveltern Betreuer
- 18 **Was möchten Sie mit der Ärztin / dem Arzt besprechen?**